



Fatores explicativos dos resultados obtidos na Medida de Independência Funcional aplicada a doentes com lesão neurológica

Regina Maria de Magalhães Antunes dos Santos Branco

VI Mestrado de Gestão da Saúde

Orientador: Professora Doutora Joana Sousa

Trabalho de projeto para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde, apresentado
à Escola Nacional de Saúde Pública

ENSP/UNL

Lisboa

Dezembro de 2012

Dedico este trabalho a todos os doentes,
com sequelas de lesão neurológica,
que me fazem acreditar, todos os dias,
que é possível...

Agradecimentos

À Professora Doutora Joana Sousa, orientadora deste projeto, por ter aceitado esta tarefa, pelo apoio prestado, por me incentivar a “andar para a frente”;

Ao Doutor Tiago Marques, membro do Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa e Research Fellow na School of Mathematics and Statistics of the University of St Andrews, pelo inestimável apoio no tratamento dos dados;

Ao Sr. Vítor Soares, bibliotecário no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, pela ajuda sempre pronta na pesquisa de informação sobre o tema;

À Rita Paixão, amiga, colega de profissão, e durante dois anos colega de mestrado, por termos feito juntas este caminho. Contigo foi mais fácil!

Aos meus colegas de mestrado (eles sabem quem!), pelas conversas “à porta” e tantos jantares de motivação que tornaram estes dois anos bem mais agradáveis;

Ao Tiago Marques, por todos os emails trocados e por sermos amigos;

Aos meus pais, Margarida e Luís, por serem os pilares que nunca cedem;

Ao João, por partilharmos a vida;

À Madalena e à Leonor por me obrigarem a ser sempre mais e melhor e por durante este tempo me chamarem tantas vezes a ser só a mãe...

A todos o meu muito obrigada!

RESUMO

A medicina baseada na evidência e as iniciativas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, têm aumentado bem como o reconhecimento da necessidade de medir os resultados funcionais em todos os cuidados de saúde.

A reabilitação tem dado grande importância à necessidade de existência de instrumentos clínicos sensíveis aos resultados funcionais e, tem procurado instrumentos que possam ser usados em ambientes clínicos.

A doença cérebro-vascular não é uma entidade patológica ou clínica única, podendo apresentar-se segundo quadros clínicos distintos. É uma ameaça à qualidade de vida não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pela alta morbilidade.

Considerando estas premissas, pretendeu-se estudar a influência das características individuais, demográficas e de prognóstico neurológico dos doentes em reabilitação nas avaliações de funcionalidade. Utilizou-se a base de dados do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, com todos os episódios de internamento de adultos (2647) que ocorreram entre 2006 e 2011, avaliados com a Medida de Independência Funcional (MIF).

Este estudo revela que as variáveis com maior impacto na MIF, quer ao nível do *score* motor quer no *score* cognitivo são: a idade, o tempo de evolução e o tempo de internamento. A MIF não apresenta grandes variações entre grupos de diagnóstico no *score* motor mas releva valores estatisticamente significativos, no que diz respeito a esta variável, ao nível do *score* cognitivo. Os resultados deste estudo suportam ainda a validade da escala de avaliação e sugerem que esta fornece informações fundamentais para um bom programa de reabilitação.

Palavras-chave: Lesão Neurológica, Reabilitação, Avaliação Funcional, Medida de Independência Funcional (MIF)

ABSTRACT

Evidence-based medicine and initiatives to improve health care quality have been rising as well as the recognition of the need to measure the functional results in all health cares.

Rehabilitation attaches great importance to the necessity of existing clinical tools that are sensitive to functional results and looks for tools that can be used in critical clinical environments.

The nature of cerebrovascular disease resulting in a multitude of clinical pictures causes a great menace to the patient's quality of life due to his high incidence, mortality and morbidity.

Taking into account these premises, this study considered the influence of the individual, demographic and neurologic prognosis characteristics of the patients under rehabilitation on the functionality assessments. The study focused on the *Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão's* interned patient's database (2647) that was assessed by the Functional Independence Measure (FIM), from 2006 until 2011.

This study revealed that the variables that had more impact on FIM, whether at the motor or cognitive score levels are: age, evolution and internment timings. The FIM does not show relevant variations among diagnosis groups in the score motor level but reveals significant statistical values at the cognitive score level. The result of this study also supports the validity of the assessment evaluation scale and suggests that this scale provides fundamental information for a good rehabilitation program.

Keywords: Neurologic lesion; Rehabilitation; Functional Assessment; Functional Independence Measure

Índice

Índice	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE TABELAS.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 REABILITAÇÃO	5
1.1.1 REFERÊNCIAS HISTÓRICAS.....	5
1.1.2 REABILITAÇÃO EM PORTUGAL	8
1.1.3 DEFINIÇÃO DE REABILITAÇÃO	9
1.1.4 OBJETIVOS DA REABILITAÇÃO	11
1.1.5 IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO	12
1.1.6 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS	16
1.1.7 ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INCAPACIDADE	18
1.1.7.1 DOENÇA CEREBRO-VASCULAR	20
1.1.7.2 TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO	22
1.1.7.3 LESÕES VÉRTEBRO-MEDULARES.....	24
1.2. FATORES DE PROGNÓSTICO EM REABILITAÇÃO DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS	25
1.2.1 BIOGRÁFICOS.....	27
1.2.2 DEMOGRÁFICOS.....	28
1.2.3 NEUROLÓGICOS	29
1.3. MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	30
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	39
3.1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	42
3.2. FINALIDADE DO ESTUDO	42
3.3. OBJETIVOS DO ESTUDO	42
4.1. TIPO DE ESTUDO	44
4.2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	44
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	44
4.3.1. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	44
4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	45
4.5 VARIÁVEIS.....	47

4.6. TÉCNICA DE RECOLHA E DE TRATAMENTO DE DADOS	48
5. RESULTADOS	50
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	50
5.2 EVOLUÇÃO DA MIF E EVOLUÇÃO DA MIF AO LONGO DO TEMPO	55
5.3 RELAÇÃO DA MIF COM OS INDICADORES EM ESTUDO	57
5.4 MODELAÇÃO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A EVOLUÇÃO DA MIF	63
6. DISCUSSÃO	67
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	72
7. CONCLUSÕES	73
8. BIBLIOGRAFIA	77
9. APÊNDICE	85
Apêndice 1: Carta de pedido de autorização da base de dados do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Alcoitão	85
10. ANEXOS	86
Anexo 1: Grupos de Medicina Física e de Reabilitação	86
Anexo 2: Folha de registo da MIF	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição das idades dos pacientes	50
Figura 2: Idade em função do sexo	51
Figura 3: Estado civil.....	51
Figura 4: Ocupação.....	52
Figura 5: Distribuição dos pacientes por causa de internamento	53
Figura 6: Distribuição dos pacientes em função do tempo de evolução (DAI)	54
Figura 7: Duração de internamento.....	54
Figura 8: Evolução da MIF para o <i>score</i> motor e cognitivo	55
Figura 9: Evolução da MIF em função do ano de alta (primeira linha) e do ano de admissão (segunda linha).....	56
Figura 10: Evolução da MIF nos anos 2006, 2007 e 2010 (<i>score</i> cognitivo) em função da alta (primeira linha) e da admissão (segunda linha).	57
Figura 11: Diferença entre sexos nos <i>scores</i> motor (à esquerda) e cognitivo (à direita) na admissão e na alta.	58
Figura 12: MIF à admissão (lado esquerdo) e diferença na MIF entre admissão e alta (lado direito), em função da idade. Na primeira linha <i>score</i> motor, na segunda <i>score</i> cognitivo.	58
Figura 13: Evolução da MIF em função do estado civil.	59
Figura 14: Evolução da MIF em função da ocupação.....	60
Figura 15: Evolução da MIF em função da DAI (<i>score</i> motor e <i>score</i> cognitivo).....	61
Figura 16: Evolução da MIF em função do TDI (<i>score</i> motor e <i>score</i> cognitivo).....	61
Figura 17: Evolução da MIF em função da causa.....	62
Figura 18: Evolução da MIF em função das variáveis quantitativas Idade, DAI e TDI, para o <i>score</i> motor (primeira linha) e cognitivo (segunda linha).	66

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Relação do <i>score</i> motor com as variáveis sexo, estado civil e GMFRC.	64
Tabela 2: Relação do <i>score</i> motor com as variáveis idade, tempo de evolução e tempo de internamento.....	64
Tabela 3: Relação do <i>score</i> cognitivo com as variáveis sexo, estado civil e GMFRC... ..	65
Tabela 4: Relação do <i>score</i> cognitivo com as variáveis idade, tempo de evolução e tempo de internamento.....	65
Tabela 5: Evolução esperada para a MIF para 4 pacientes do sexo feminino e masculino com diferentes características.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVCm - AVC Motor

CID-9-MC - Classificação Internacional da Doença-9-Modificação Clínica

CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, incapacidades e Desvantagens

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CMG – Case-Mix Groups

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

CRPD – Committee on the Rights of Persons with Disabilities

DAI – Dias entre a admissão e o início da doença

DGS – Direção Geral de Saúde

ESSA – Escola Superior de Saúde de Alcoitão

FIM – Functional Independence Measure

G-MFR – Grupo de Medicina Física e Reabilitação

LCnT - Lesão Cerebral Não Traumática

LCT - Lesão Cerebral Traumática

LEnT - Lesão Espinal Não Traumática

LET - Lesão Espinal Traumática

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

Misc - Miscelâneos

Neu - Neurológico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Outr - Outros

PRC – Perfil de Reabilitação Clínica

RICs – Rehabilitation Impairment Categories

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TDI – Tempo de internamento

UBM – United Business Media

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

Quando existe doença, esta é interpretada de forma objetiva pelo indivíduo que descreve concretamente os seus sinais e sintomas, apesar de o significado que lhe atribui variar consoante a sua cultura (McWhinney, 1994). O comportamento da doença está assim relacionado com a origem étnica, classe social, idade, sexo, natureza da doença, personalidade e fatores ambientais (McWhinney, 1994).

Sabendo-se que a doença, qualquer que ela seja, não será vivida da mesma forma por cada pessoa, «estar doente» na atualidade é um conceito que não implica apenas variáveis biológicas, mas, cada vez mais, deve abarcar variáveis sociais, psicológicas e culturais que influenciam o risco de adoecer (Pereira, 1987).

Quando tomamos consciência de que a condição de doente pode ser crónica, que pode abranger todas as faixas etárias, desde o nascimento até à velhice, a dimensão da intervenção e dos resultados esperados em saúde ultrapassa a manutenção de variáveis biológicas compatíveis com a vida.

As doenças crónicas são uma das áreas da saúde com aumento da prevalência e incidência, que consome recursos humanos e financeiros, com fraca demonstração da relação custo-benefício e, conseqüentemente, da dificuldade em demonstrar ganhos em saúde, considerando que ganho em saúde é melhorar o nível de todos os indicadores de saúde.

A identificação de ganhos em saúde permite acompanhar o estado de saúde de uma população, sendo um dos objetivos estratégicos dos Programas Nacionais de Saúde, possibilitando a justificação dos custos e financiamento em saúde.

No contexto das doenças crónicas sabemos à partida que o resultado esperado não será a ausência de doença, logo a demonstração de ganhos em saúde para as pessoas portadoras de doenças crónicas deverá incluir variáveis ou componentes de saúde que permitam classificar o estado de saúde desta população, numa perspectiva positiva da saúde, e não recorrer apenas à classificação dos componentes de doenças, aceitando-se que a utilização de um sistema de classificação de doenças é redutor para a descrição do estado de saúde do indivíduo portador de doença crónica.

Tal como a percepção de doença, a classificação dos componentes de saúde das pessoas portadoras de doença crónica não pode ser interpretada como algo de inato ou individual, mas deverá relacionar-se com diferentes condicionalismos (fatores ambientais, condições de vida, ambiente social, estado mental e social, fatores familiares e psicológicos).

Classificar saúde permite assim obter uma imagem instantânea do estado de saúde e bem-estar de um indivíduo (McColl, 1997) e permite aos profissionais de saúde obter um quadro completo dos seus doentes ou às autoridades de saúde a identificação de padrões de necessidades das populações locais (Fitzpatrick, 1994). Possibilita também diagnosticar, examinar e/ou detectar a presença de problemas de saúde e identificar necessidades de tratamento, prever a preferência de/e por cuidados e melhorar a comunicação prestador/doente (McColl, 1997).

A diminuição da mortalidade, em vários países, devido a infecções agudas, juntamente com o desenvolvimento dos cuidados de saúde, contribuiu para o aumento da esperança de vida, conduzindo a um acréscimo da importância da doença crónica como parte da experiência de saúde da população, incluindo os efeitos do trauma, deficiências especiais em órgãos dos sentidos, doença mental, doenças crónicas, no meio ou no fim da vida (ex.: doenças do coração, acidentes vasculares cerebrais, bronquites, artrites) (Badley, 1993).

A OMS define doença crónica como um problema de saúde que requer uma gestão contínua por períodos de anos ou décadas. Considerando esta perspectiva, as condições crónicas cobrem inúmeras categorias: doenças não transmissíveis (ex.: doenças cardiovasculares, cancro, diabetes); doenças transmissíveis (ex.: sida); distúrbios mentais (ex.: depressão, esquizofrenia) e deficiências mantidas nas estruturas (ex.: amputação, cegueira, distúrbios articulares).

Existem muitas mais condições crónicas, mas o único elemento que têm em comum, é que a doença crónica afecta a vida do indivíduo em todas as suas dimensões, sociais, económicas e psicológicas.

De acordo com o Despacho Conjunto n.º 861/99, alínea b), do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, a doença crónica “é uma doença de longa duração com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de

tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e/ou laboral, que se manifeste particularmente afectado. A experiência de uma doença crónica de prognóstico pouco favorável elevará o nível de sofrimento e colocará a pessoa que apresenta a doença crónica “presa” à sua condição de doente. Esta situação conduzindo ao isolamento e ao desânimo pode diminuir a capacidade do doente crescer e viver o presente e investir, quer nos processos terapêuticos e aproveitar os recursos psicoafectivos e sociais, quer no futuro”.

Os condicionalismos das doenças crónicas são complexos, multifatoriais e multisectoriais. Para a OMS um dos condicionantes do aumento de incidência e prevalência das doenças crónicas são os comportamentos de risco, como por exemplo a nutrição pouco saudável, a inatividade física, a prática de sexo sem proteção, má gestão do *stress*, etc.

Perante esta constatação, a saúde dos indivíduos com doenças crónicas não pode ser interpretada como algo de inato ou individual, pois relaciona-se com diferentes condicionalismos (fatores ambientais, condições de vida, ambiente social, estado mental e social, fatores familiares e psicológicos).

A medicina baseada na evidência e iniciativas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, têm crescido em todo o mundo. Aumentou também, o reconhecimento da necessidade de medir os resultados funcionais em todos os cuidados de saúde.

A reabilitação, líder na avaliação dos resultados funcionais, tem dado grande importância à necessidade de existência de instrumentos clínicos sensíveis aos resultados funcionais e, tem procurado instrumentos que possam ser usados em ambientes clínicos.

Confrontados com uma pressão crescente para justificar os serviços que fornecem da forma mais eficiente possível, o campo de reabilitação enfrenta uma necessidade urgente de abordagens mais viáveis para monitorização de desfechos clínicos relevantes ao longo de um episódio de cuidados e para a comparação de resultados entre locais de atendimento (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

O que se quer exatamente dizer com medidas de "resultado funcional"? O termo geral "medidas de resultados" é usado de forma consistente na literatura de reabilitação para se referir a avaliações dos resultados finais dos programas de reabilitação e serviços de saúde, e não inclui medidas de processos de qualidade dos cuidados, por exemplo,

acesso aos serviços, ou medidas de satisfação com o médico em particular. Em contraste, não há uma definição clara e comumente aceite de resultados funcionais, ou uma limitação clara entre os instrumentos que avaliam resultados funcionais, e aqueles que avaliam conceitos de saúde (WHO, 2008).

Muitos trabalhos têm surgido para definir e quantificar os conceitos de saúde. Têm sido desenvolvidos diferentes tipos de instrumentos de avaliação da saúde e conceitos funcionais que de alguma forma se sobrepõem. Estes incluem instrumentos da função, deficiência, atividades da vida diária, desempenho da atividade, atividades avançadas, desempenho físico, saúde, o estado de saúde, qualidade de vida, percepção da qualidade de saúde, para citar alguns. Até ao momento, não há consenso sobre como estes termos devem ser utilizados (WHO, 2011).

Desta forma e inserido no âmbito do Mestrado de Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, realizou-se este projeto de mestrado que teve como objetivos principais caracterizar a população em reabilitação e identificar as características do indivíduo em reabilitação que influenciem positivamente os resultados obtidos na Medida de Independência Funcional (MIF).

O presente trabalho encontra-se organizado por capítulos, correspondendo o primeiro à revisão bibliográfica onde se percorrem os conceitos necessários ao entendimento da temática abordada bem como uma revisão do estado de arte da investigação efectuada na área. No capítulo II é contextualizado o presente estudo e no capítulo III é exposto o problema em estudo e os objetivos do trabalho. Seguidamente são apresentados os aspetos metodológicos (capítulo IV) tipo de estudo, desenho da investigação, caracterização da amostra clínica, o instrumento aplicado e o tratamento dos dados. Continuamente surge a apresentação (capítulo V) e discussão (capítulo VI) dos resultados bem como as limitações ao estudo. A conclusão (capítulo VII) sumariza os resultados mais pertinentes com base nas questões orientadoras e deixa sugestões para investigações futuras. O capítulo VIII alude às referências bibliográficas, e é seguido pelos apêndices (onde consta a carta de pedido de autorização do estudo e respectiva autorização) e, por último, os anexos onde se inserem os instrumentos utilizados no âmbito deste trabalho.

1.1 REABILITAÇÃO

1.1.1 REFERÊNCIAS HISTÓRICAS

A reabilitação teve grande impulso e desenvolvimento no século XX, sobretudo no período posterior às grandes catástrofes mundiais, como foram as guerras. Foram, então, imputados aos governos os custos económicos, familiares e sociais decorrentes das lesões e sequelas dos seus cidadãos e exigidas medidas de reparação e integração.

Ao longo da história da humanidade, percebe-se que as pessoas com deficiência, sejam motoras, sensoriais, mentais ou congénitas recebiam tratamentos diferenciados, consoante a cultura em que estavam inseridos (Schewinsky, 2004). Na pré-história, os homens abandonavam as pessoas com deficiência, pois culturalmente acreditavam que só as "pessoas perfeitas" deveriam sobreviver (Schewinsky, 2004)

Na Antiguidade (mais ou menos entre 4000 a.C. e 395 d.C.) havia uma preocupação com pessoas que apresentassem "diferenças" e em eliminar as doenças através a utilização de agentes físicos (sol, luz, calor, água e eletricidade), massagens e exercícios físicos. (Pessini, Ferrari, Gonçalves, 2008). Nesta época não há referência a estudos ou aplicações cujo interesse fosse evitar a ocorrência de morbilidades (Hesbeen, 2010).

Em 460 a.C., Hipócrates, pai da medicina, descreveu muitas deformidades e escreveu num dos seus livros "Deve-se ter em mente que o exercício fortalece e a inatividade define", podendo-se considerar esse, a base da medicina física e de reabilitação (Cherem, 2005). Por seu lado, Galeno, um médico romano que viveu aproximadamente entre 130 à 200 d.C., descreveu pela primeira vez na História a relação entre os ossos e os músculos do corpo, essa contribuição parece estar diretamente relacionada com a reabilitação física (Pacheco e Alves, 2007).

A Idade Média (séculos IV e XV), caracterizada por uma ordem social estabelecida no plano divino, foi uma época de lacuna em termos de evolução nos estudos e na atuação na área da saúde. A alta valorização da alma neste período e o interesse pelo desenvolvimento da capacidade física pelas camadas mais privilegiadas parecem ter sido responsáveis por essa lacuna (Schewinsky, 2004).

Após esse período de estagnação dos estudos, surge o Renascimento (período entre os séculos XV e XVI), descrito como um momento de crescimento científico e literário. Há então, um retorno aos estudos onde o interesse não se destina apenas a concepção

curativa, mas também a manutenção do estado normal existente em indivíduos sãos (Pessini, Ferrari, Gonçalves, 2008).

Entre os séculos XVIII e XIX ocorre a industrialização, momento caracterizado por um avanço na utilização de máquinas e uma transformação social determinada pela produção em larga escala. Houve o desenvolvimento das cidades, bem como surgiram condições sanitárias precárias, jornadas de trabalho fatigantes, e condições alimentares insatisfatórias que provocaram a proliferação de novas doenças. O surgimento de novas patologias e epidemias exigiram da medicina um desenvolvimento nos estudos. Nessa época parece que todos os estudos na área de saúde concentraram a sua atenção ao "tratamento" das doenças e sequelas e deixaram de lado as outras vertentes iniciadas na época renascentista, a "manutenção" de uma condição satisfatória e a "prevenção" de doenças. A atenção ao "tratamento" faz surgir a ideia de atendimento hospitalar (Pacheco e Alves, 2007).

Foi em 1832, que na Alemanha surge a primeira escola destinada aos deficientes físicos (Pessini, Ferrari, Gonçalves, 2008). Mais tarde, ainda no século XIX e também no século XX, começam a surgir as especializações médicas, de forma organizada e mais definida, no sentido de compartimentar áreas de estudo e campos de atuação profissional. Não interessava a percepção global dos problemas incluindo os seus determinantes, mas apenas as técnicas diretas de "resolver falhas", ou de "reabilitação" para que o indivíduo voltasse a uma sociedade "integrada e produtiva" (Cherem, 2005).

Nessa época os hospitais eram orientados também no sentido da especialização e dentro do conceito restrito da cura, que visa apenas a lesão ou perturbação que levou o paciente a procurar o médico. Quando adequadamente equipado e com especialidades habilitadas, continuava a revelar ser um órgão "deficiente" no sentido de restituir a saúde ao homem, no seu conceito mais amplo. O hospital não restabelecia o doente de modo a estabelecer o seu bem-estar, da sua família e do seu grupo social (Hesbeen, 2010).

Foi a necessidade do trabalho integral do paciente, ou seja, deixar o olhar da cura de lado, que fez com que se cria-se a quarta função da medicina, depois da promoção, prevenção e do tratamento, a reabilitação (Hesbeen, 2010).

Vários autores referem que a história da reabilitação está intimamente ligada ao crescimento de uma consciência e responsabilidade social e que o interesse mundial por essa especialidade ocorreu principalmente por quatro acontecimentos históricos: as duas

grandes Guerras Mundiais, o processo rápido de urbanização e industrialização, o favorecimento da propagação de epidemias e o aumento de acidentes de trabalho (Schewinsky, 2004; Cherem, 2005; Pacheco e Alves, 2007, Pessini, Ferrari, Gonçalves, 2008; Hesbeen, 2010).

Em 1938, o desejo de estabelecer normas e requisitos para prática de medicina de reabilitação, deu origem à Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação. Essa mesma academia, em 1948, cria a Câmara Americana de Medicina Física e Reabilitação (Arruda, 2006).

As duas grandes Guerras Mundiais fizeram com que o mundo se deparasse pela primeira vez com a problemática de um grande número de acidentados e incapacitados físicos. Estas pessoas eram, na sua maioria, jovens e com um futuro a ser vivido. Assim, era premente a necessidade de restituí-los, quer quanto às capacidades individuais quer sociais (Arruda, 2006). É durante a II Guerra Mundial, que a medicina começa então a pensar na necessidade de estabelecer um conceito para restaurar o doente no seu potencial máximo possibilitando assim o regresso à sociedade, melhorando com isso suas condições em todas as esferas bio, psico, sócio e espiritual (Hasbeen, 2010).

Franklin Delano Roosevelt, paraplégico por poliomielite, foi eleito presidente dos EUA, mostrando ao Mundo a importância da reabilitação para pessoas com deficiência (Pacheco e Alves, 2007).

Na Holanda, antes dos registos de guerras, já existia a Associação de Fisioterapia e Sociedade de Fisioterapeutas Médicos. No entanto, o primeiro Centro de Reabilitação, o Centro de Reabilitação Militar, foi criado na última fase da Segunda Guerra Mundial, em 1944, com o intuito de atender os feridos da Guerra. Poucos anos mais tarde o primeiro Centro Civil de Reabilitação foi também inaugurado neste país, criado de acordo com os modelos americanos da época. A medicina de reabilitação neste país está registada como especialidade médica desde 1955 (Peek, 1998).

A década de 1970 a 1980 foi considerada a década da reabilitação, decretada na Assembleia Geral das Nações Unidas. Foi também nesta época, década de 80, que se percebeu que a tecnologia poderia servir o homem não só na fase curativa e preventiva, mas também na quarta fase da medicina, a reabilitação (Hesbeen, 2010).

Entre as décadas de 80 e 90 foi utilizada em muitos países a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), desenvolvida em 1976 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que anos mais tarde, deu origem à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), traduzida para o português em 2003, e que pretende “criar” uma linguagem universal, focando-se no aspecto funcionalidade (OMS e DGS, 2003).

1.1.2 REABILITAÇÃO EM PORTUGAL

Em Portugal, não foi a guerra colonial (com início em 1961) que demonstrou a necessidade de reabilitação, tendo a respectiva necessidade de planificação sido iniciada em meados dos anos 50 (Arruda, 2006).

Em 1956, sendo Provedor o Dr. José Guilherme de Melo e Castro, com o incentivo e dinamismo do Dr. Victor Santana Carlos, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) decide dar início à construção do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMRA), que tinha como principais objetivos a reabilitação de "diminuídos físicos com incapacidade motora..." e a formação de pessoal especializado (Arruda, 2006).

Como curiosidade, recorda-se que, segundo o Dr. Santana Carlos, a causa de desenvolvimento da reabilitação no nosso país, foi ter um motorista de um amigo do Dr. Oliveira Salazar sofrido um acidente que o fez deslocar-se à Alemanha para fazer reabilitação (Arruda, 2006).

Dado o desconhecimento na área, foram realizados estudos no sentido de se obter dados sobre a situação dos grandes deficientes, sobre os cuidados que lhes eram prestados, entre outros. O Dr. Melo e Castro dizia “uma vez que não se começa cedo, procuramos começar bem, aproveitando a melhor experiência estrangeira” (Arruda, 2006).

O local escolhido para a instalação do Centro, foi a localidade de Alcoitão, no concelho de Cascais. A localização do CMRA oferece belíssimas perspectivas panorâmicas sobre a serra de Sintra, a foz do rio Tejo, o Oceano Atlântico, Estoril e Cascais. Em simultâneo com o início das obras do Centro e do edifício onde foi instalada a Escola de Reabilitação, em 1959, foram também atribuídas bolsas de estudo que permitiram a especialização do pessoal necessário à sua abertura (Arruda, 2006).

A preparação de pessoal, compreendeu cursos segundo programas de nível internacional e teve substancial cooperação de entidades internacionais particularmente do *World Rehabilitation Fund* (Arruda, 2006).

Sendo então Provedor o Dr. António Lino Neto, foi o CMRA solenemente inaugurado, com a presença do Presidente da República no dia 2 de Julho de 1966, o dia em que se celebra a fundação da SCML, mantendo-se em funcionamento até hoje, como o mais prestigiado centro da especialidade (Arruda, 2006).

A Escola de Reabilitação, atualmente Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA), criada pela portaria nº 22 034, de 4 de Junho de 1966, do Ministério da Saúde e Assistência Social, ficou na altura integrada no CMRA da SCML. Funciona atualmente de forma autónoma mas articulada com o CMRA (Arruda, 2006).

Em 1977 o Centro foi integrado na Direção Geral dos Hospitais. Em Setembro de 1991 o CMRA passa novamente a depender da SCML (Arruda, 2006).

1.1.3 DEFINIÇÃO DE REABILITAÇÃO

A reabilitação há muito carecia de uma estrutura unificadora conceitual (Stucki, Cieza, Melvin, 2007). Historicamente, o termo descreveu uma série de respostas à deficiência, desde intervenções para melhorar a função do corpo a medidas mais abrangentes concebidas para promover a inclusão.

Para algumas pessoas com deficiências, a reabilitação é essencial para serem capazes de participar na educação, no mercado de trabalho, e na vida civil. A reabilitação é sempre voluntária, e alguns indivíduos podem exigir apoio, para a tomada de decisões sobre as escolhas de reabilitação. Em todos os casos, a reabilitação deve ajudar a fortalecer uma pessoa com deficiência e a sua família (WHO, 2011).

O artigo 26, Habilitação e Reabilitação, da Organização das Nações Unidas (ONU) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD), prevê: "... medidas apropriadas, inclusive por meio de apoio dos pares, para permitir que pessoas com deficiência alcancem e mantenham o máximo de independência, sua mais completa capacidade física, mental, social e vocacional, além de total inclusão e participação em todos os aspetos da vida " (WHO, 2011).

O artigo 26 apela ainda aos países para organizarem, fortalecerem e estenderem os serviços e programas de reabilitação, que deve começar tão cedo quanto possível, com base em avaliações multidisciplinares das necessidades e pontos fortes individuais, e incluindo a prestação de assistência a dispositivos e tecnologias (WHO, 2011).

O conceito de Reabilitação foi definido pela OMS como “o uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto das situações incapacitantes e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração social” (Martin; Meltzer; Eliot, 1988 citado por SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

Esta definição contempla a reabilitação clínica mas também assenta no conceito de participação social. A ligação entre o ambiente social e as necessidades dos indivíduos com incapacidade, permitem a tentativa de eliminação das barreiras sociais à participação, quer a nível social como profissional.

No contexto da saúde, já em 1988 Bax; Smythe; Thomas definiam a reabilitação como sendo “um processo dinâmico pelo qual o indivíduo que sofreu incapacidade adquire o conhecimento e as competências técnicas necessários para uma função física, psicológica e social otimizada”. Esta definição contempla uma indicação mais explícita do processo iniciado pelos indivíduos com incapacidade no desenvolvimento das suas atividades.

A OMS (2011) define reabilitação, no seu mais recente relatório sobre o tema, como "um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente”.

A distinção é às vezes feita entre a habilitação, que visa ajudar as pessoas que têm uma deficiência congênita ou no início da vida a desenvolver um funcionamento máximo, e reabilitação, onde aqueles que experimentaram uma perda de função são ajudados a recuperar um funcionamento máximo (NBHW, 2006).

O termo "reabilitação" abrange dois tipos de intervenção. Embora o conceito seja amplo, nem tudo o que tem a ver com a deficiência pode ser incluída no termo. A reabilitação visa as melhorias no funcionamento individual - por exemplo, melhorando a capacidade de uma pessoa para comer e beber de forma independente. A reabilitação também inclui efetuar alterações ao ambiente do indivíduo - por exemplo, através da instalação de um corrimão no WC. Mas as iniciativas de remoção de barreiras a nível social,

como a montagem de uma rampa para um edifício público, não são consideradas reabilitação (WHO, 2011).

1.1.4 OBJETIVOS DA REABILITAÇÃO

Para os autores do Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa (2009) o objetivo geral da reabilitação consiste em “permitir que os indivíduos incapacitados possam conduzir as suas vidas do modo que desejem, no contexto das restrições impostas pelas incapacidades resultantes de doenças ou lesões sobre as suas atividades e no seu contexto pessoal”. Na realidade, este objetivo é alcançado mais facilmente combinando medidas para ultrapassar ou contornar as incapacidades, eliminando ou reduzindo as barreiras à participação do indivíduo em ambientes determinados.

Este processo, encontrar medidas e eliminar barreiras, tende a tornar melhor tanto o nível de atividade como o nível de participação. Revela-se então importante demonstrar os dois resultados finais fundamentais da reabilitação: o bem-estar do indivíduo e a sua participação social e profissional.

A reabilitação tem como alvo as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, fatores ambientais e fatores pessoais. A reabilitação contribui para que uma pessoa atinja e mantenha a máxima funcionalidade em interação com seu ambiente, usando os seguintes objetivos gerais: prevenir a perda da função, abrandar o ritmo de perda da função, melhorar ou restaurar a função, compensação pela função perdida e manutenção da função atual (WHO, 2011).

Assim, a reabilitação no contexto da saúde, tem como objetivos: reduzir a incapacidade provocada pela doença, prevenir as complicações, melhorar a funcionalidade e atividade e permitir a participação dos indivíduos incapacitados, tendo sempre como referência que todas estas atividades deverão ter em consideração o contexto pessoal, cultural e ambiental do indivíduo (Martin; Meltzer; Eliot citado por SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

A reabilitação permite reduzir o impacto de uma ampla gama de condições de saúde. Normalmente a reabilitação ocorre por um período de tempo específico, podendo envolver intervenções únicas ou múltiplas desenvolvidas por uma pessoa ou uma equipe de profissionais de reabilitação, e pode ser necessária desde a fase aguda ou inicial

(imediatamente após o reconhecimento de um determinado estado de saúde), até à fase pós-aguda e fases de manutenção (WHO, 2011).

Assim, esta especialidade, envolve a identificação de problemas e necessidades das pessoas com deficiência, problemas relacionados a fatores relevantes da pessoa e do ambiente, a definição de metas de reabilitação, planeamento e implementação de medidas, e avaliação dos seus efeitos. Educar as pessoas com deficiência é essencial para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades de auto ajuda, cuidado, gestão e tomada de decisão. As pessoas com deficiência e as suas famílias conseguem uma melhor saúde e funcionalidade quando são parceiros na reabilitação (Mola, De Bonis, Giancane, 2008).

Sumarizando, o objetivo global da reabilitação reside em permitir aos indivíduos incapacitados conduzir a vida que desejam, no contexto de eventuais restrições inevitáveis impostas pelas incapacidades resultantes de doenças ou lesões. Na prática, esta situação é atingida por uma combinação de medidas para: ultrapassar ou criar soluções para as suas incapacidades; remover ou reduzir as barreiras à participação nos ambientes de escolha do indivíduo e suportar a sua reintegração na sociedade (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

1.1.5 IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO

A reabilitação tem revelado ser eficaz na redução da sobrecarga da incapacidade e na melhoria das oportunidades de vida para os indivíduos incapacitados. Há provas de que este tipo de intervenção poderá ser menos dispendioso do que a sua não prestação (ISWP, 2004). Os seus custos são frequentemente iguais ou inferiores aos que seriam assumidos pelos serviços de saúde, caso não se proporcionassem tais serviços. A prevenção e tratamento das consequências da doença e do traumatismo, como por exemplo, da imobilização, das lesões cerebrais e da dor, proporcionam muitos benefícios, implicando não só a obtenção de uma melhoria da qualidade de vida do doente, como trás ainda benefícios em termos de economia da saúde, uma vez que se reduzem os gastos do tratamento destas complicações. Esta situação terá um efeito direto sobre a provisão dos cuidados, período de vida laboral e pensões (Turner-Stokes, Nyein, Halliwell, 1999).

Para Melin e Fugl-Meyer (2003) a reabilitação demonstrou ser eficaz não só na potenciação da funcionalidade do indivíduo e da sua independência, assim como na redução dos custos da dependência. Estes autores demonstraram no seu estudo, que o dinheiro despendido na reabilitação é recuperado, calculando-se níveis até 17 vezes mais económicos.

A reabilitação – que se aplica ao longo de um *continuum* de cuidados que vão desde assistência hospitalar à reabilitação na comunidade (Stucki, Reinhardt, Grimby, 2007) - pode melhorar os resultados de saúde, reduzir os custos, reduzir o tempo de internamento hospitalar (Rauch, Cieza, Stucki, 2008), reduzir a incapacidade e melhorar a qualidade de vida (Forster, 2011).

Esta especialidade, não precisa de ser cara. É uma especialidade transversal e pode ser realizada por profissionais de saúde em conjunto com especialistas em educação, emprego, segurança social e outros campos. Em contextos de poucos recursos, pode envolver trabalhadores não especializados, por exemplo, os trabalhadores em reabilitação da comunidade, além de grupos de familiares, amigos e grupos comunitários.

Para os autores do Livro Branco da Medicina Física e de Reabilitação (2009), esta especialidade proporciona a possibilidade de reduzir a sobrecarga decorrente da incapacidade, tanto para o indivíduo como para a sociedade.

Os mesmos autores, referem que a reabilitação demonstrou ser eficaz na potenciação da funcionalidade e independência do indivíduo, ao proporcionar um melhor nível de atividade, melhor saúde e redução das complicações e dos efeitos das comorbilidades. Esta situação beneficia quer o indivíduo quer a sociedade ao incluir uma maior autonomia pessoal, bem como ao melhorar as oportunidades de emprego e de outras atividades ocupacionais. A existência de vários fatores sociais envolvidos no regresso à vida independente e ao ambiente profissional, permite que a reabilitação disponibilize ao indivíduo e à família/prestadores de cuidados ferramentas e estratégias no sentido de tirar o máximo partido das oportunidades disponíveis.

O contexto é na sua etiologia neutro e adota uma terminologia que é aceite a nível mundial de forma a delinear a funcionalidade tanto a nível individual como populacional. Este contexto é útil na gestão da individualidade de qualquer programa de reabilitação e/ou de qualquer intervenção. Permite identificar a patologia subjacente, os problemas ao nível da funcionalidade orgânica para restaurar/optimizar a funcionalidade individual ou evitar quaisquer limitações adicionais da atividade. Além disso, tem em conta a capacidade de participação social, que depende não só da funcionalidade individual como também de fatores contextuais que afectam a vida e o ambiente do indivíduo (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

A atuação desta especialidade, desenrola-se em diferentes ambientes, desde as unidades de cuidados agudos até aos contextos comunitários. Os especialistas de reabilitação utilizam ferramentas específicas de avaliação e diagnóstico e implementam diversos tipos de tratamentos, que incluem intervenções farmacológicas, físicas, técnicas, educacionais e vocacionais (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009). Os profissionais de saúde que trabalham em equipas multiprofissionais, proporcionam reabilitação de uma forma organizada, indexada aos objetivos e centrada no doente.

Proporcionar programas de reabilitação em diversos contextos, que variam desde os centros de reabilitação especializados a serviços em hospitais de agudos, até ao ambulatório e apoio comunitário, permite o acesso em todas as fases de desenvolvimento da doença. A reabilitação em fase aguda é importante para o uso da plasticidade o mais eficaz e precocemente possível, bem como para a redução de complicações (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009; WHO, 2011). Nesta fase de evolução, requer não só uma equipa multiprofissional de reabilitação capaz de proporcionar aconselhamento em todos os serviços hospitalares, incluindo os cuidados intensivos, como também em camas dedicadas exclusivamente à reabilitação. Quando a reabilitação começa cedo, produz melhores resultados funcionais para quase todos os problemas de saúde associados com deficiência (Forster, 2011).

Os doentes requerem ainda tratamento em infraestruturas dedicadas à reabilitação, nos casos em que as incapacidades e patologias são prolongadas e/ou progressivas, requerem ainda que essa reabilitação seja implementada em contexto comunitário, de modo a assegurar que a sua forma física, estado de saúde e capacidades sejam mantidas e que a sua independência seja promovida (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

Os dados globais sobre a necessidade de serviços de reabilitação, o tipo e a qualidade das medidas previstas, e as estimativas de necessidades não satisfeitas não existem (WHO, 2011). Os dados sobre os serviços de reabilitação são muitas vezes incompletos e fragmentados. Quando estão disponíveis, a comparabilidade é dificultada por diferenças nas definições, classificações de medidas e de pessoal, as populações em estudo, métodos de medição, indicadores e fontes de dados (Kephart e Asada, 2009).

As necessidades não satisfeitas de reabilitação podem atrasar a alta, limitar as atividades, restringir a participação, causar deterioração na saúde, aumentar a dependência de outras pessoas para a assistência, e diminuir a qualidade de vida (Dejong *et al*, 2002 cit.

por WHO, 2011). Esses resultados negativos podem ter amplas implicações sociais e financeiras para indivíduos, famílias e comunidades (Chi *et al*, 2009 cit. por WHO, 2011).

Apesar das limitações reconhecidas, tais como a qualidade dos dados e variações culturais na percepção de deficiência, a necessidade de serviços de reabilitação pode ser estimada de várias maneiras. Estas estimativas incluem dados sobre a prevalência da deficiência, pesquisas de deficiências específicas, e dados de população e administrativos. Os dados de prevalência sobre as condições de saúde associados com deficiência podem fornecer informações para avaliar as necessidades de reabilitação (WHO, 2008).

As taxas de incapacidade correlacionam-se com o aumento de doenças não transmissíveis e o envelhecimento global. A necessidade de serviços de reabilitação é projetada para aumentar (Landry, Ricketts, Verrier, 2007) devido a esses fatores demográficos e epidemiológicos. Fortes evidências sugerem que as deficiências relacionadas com as condições de saúde do envelhecimento podem ser reduzidas e aumentar a funcionalidade com a reabilitação (Lamoureux *et al*, 2007). Taxas mais altas de deficiência indicam um maior potencial de necessidade de reabilitação. Evidências epidemiológicas juntamente com uma análise do número, o tipo e a gravidade das deficiências que podem beneficiar de medidas de reabilitação diversas, e as limitações de atividade e restrições à participação, podem ajudar a medir a necessidade de serviços e ser úteis na definição das prioridades para a reabilitação (WHO, 2011).

A oferta de serviços de reabilitação pode ser estimado a partir de dados administrativos sobre a prestação de serviços, e o tempo de espera para serviços de reabilitação pode agir como medida aproximada da procura por serviços (WHO, 2011). No entanto, as medidas de aproximação podem não ser confiáveis. No caso dos tempos de espera, por exemplo, a falta de conhecimento dos serviços e as crenças sobre a deficiência influenciam a procura de tratamento, enquanto que as restrições sobre quem legitimamente espera os serviços pode complicar a interpretação dos dados (El Sharkawy, Newton, Hartley, 2006 cit. por WHO, 2011). Indicadores sobre o número de pessoas que procuram os serviços, mas que não os recebem, ou recebem serviços inadequados ou insatisfatórios, podem fornecer informações de planeamento útil (AIHW, 2002).

Os dados sobre a reabilitação muitas vezes não são desagregados de outros serviços de saúde, no entanto, as medidas de reabilitação não são incluídas nos sistemas de classificação existentes, o que poderia fornecer um quadro para descrever e medir a reabilitação. Os dados administrativos sobre a oferta são muitas vezes fragmentados porque

a reabilitação pode ocorrer numa variedade de contextos e configurações e ser realizada por pessoas diferentes. Comparando múltiplas fontes de dados podem oferecer interpretações mais robustos, se fossem usadas as mesmas classificações de deficiência e funcionalidade (WHO, 2011).

1.1.6 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

A reabilitação é um processo contínuo e coordenado, que se inicia com o aparecimento de uma doença ou lesão e que evolui até que o indivíduo desempenhe um papel na sociedade consistente com as suas aspirações e desejos para a vida.

Os resultados de reabilitação são os benefícios e alterações no funcionamento do um indivíduo ao longo do tempo que são atribuíveis a uma única medida ou um conjunto de medidas (Finch, 2002). Tradicionalmente as medidas dos resultados da reabilitação, têm-se centrado sobre a capacidade do indivíduo ao nível do comprometimento. Mais recentemente, as medidas dos resultados foram ampliadas para incluir a atividade individual e os resultados de participação (Scherer, 2005 e Scherer *et al*, 2005).

As medidas de atividade e resultados de participação, avaliam o desempenho do indivíduo numa série de áreas: comunicação, mobilidade, autocuidados, educação, trabalho e emprego e qualidade de vida. Os resultados de atividade e participação podem também ser medidos por programas. Alguns exemplos destas medidas incluem o número de pessoas que permanecem ou regressam ao seu lar ou comunidade, índices de vida independente, retorno ao trabalho, e horas gastas no lazer e recreação. Os resultados de reabilitação podem também ser medidos através de mudanças na utilização dos recursos - por exemplo, reduzindo as horas necessárias por semana para suporte e serviços de assistência (WHO,2001).

Avaliar os resultados de um programa de reabilitação é importante para determinar em que medida as intervenções atingiram os seus objetivos, assim, uma avaliação da concretização de objetivos centrado no paciente é essencial, no entanto, não há uma medida única padronizada que reflita adequadamente a mudança em todos os níveis de reabilitação. Sendo este processo centrado no doente, considera-se “objetivo” otimizar tanto a atividade como a participação.

A avaliação da reabilitação revela diferenças fundamentais, relativamente às avaliações dos tratamentos médicos, estes orientados para a doença com o objetivo de

limitar ou curar a doença. A reabilitação pode ser observada com sucesso em condições em que não se registre recuperação biológica e, de forma efetiva, em condições de deterioração intermitente ou progressiva (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

O potencial de reabilitação de um indivíduo, ou seja, a sua capacidade de beneficiar e participar no processo de reabilitação, não pode ser estabelecido sem conhecer a história da sua situação. Existem vários estudos referentes à recuperação espontânea, pelo que uma intervenção numa fase muito inicial de evolução da doença pode dar a impressão enganadora de que o tratamento foi eficaz (Legh-Smith *et al*, 1987). De outra forma, para vários autores e estudiosos, a falta de acesso à reabilitação reduzirá o seu nível eventual de independência e de qualidade de vida (Grahm, Borgquist, Ekdahl, 2004).

Nos estudos em que são controlados estes fatores, demonstrou-se que a intervenção precoce parece estar associada a uma melhoria dos resultados finais, à obtenção de uma recuperação total ou parcial e, em estudos deste cariz, mesmo uma intervenção tardia poderá proporcionar benefícios úteis (Turner-Stokes *et al*, 2005; Wade, 2003).

Um plano de reabilitação deverá, consequentemente, ter em consideração os desejos e os recursos do indivíduo, o prognóstico do seu problema médico que originou a incapacidade, a natureza das suas incapacidades físicas e cognitivas e a sua capacidade de adquirir novos conhecimentos e técnicas que deverão permitir potenciar os seus níveis de atividade e de participação. É necessário também, avaliar a extensão das barreiras à participação, que podem ser resultantes do próprio ambiente ou do comportamento de terceiros, de forma a poderem ser minoradas. (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

Ao nível individual, é essencial estabelecer os resultados para avaliar a eficácia das intervenções e dos serviços específicos de reabilitação. As determinações dos resultados finais deverão relacionar-se diretamente com os objetivos específicos pré-estabelecidos no plano de reabilitação (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

Realizar auditorias aos serviços deverá ser prática padrão. Muitos dos instrumentos de avaliação na reabilitação conjugam parâmetros de funções orgânicas, atividades e participação. Estes instrumentos de avaliação, podem ser utilizados para a tomada de decisão na indicação de medidas de reabilitação ou avaliar os resultados da intervenção. Os instrumentos escolhidos devem estar em conformidade com o problema funcional específico e a fase do processo de reabilitação (Mazaux, 2000). Por exemplo, a avaliação dos fatores contextuais relevantes associados ao ambiente social e físico é feita com base em

entrevistas ou listas de verificação padronizadas baseadas na CIF. Para o diagnóstico dos fatores individuais, nomeadamente das estratégias de adaptação do doente, existem à disposição questionários padronizados (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

Muitas das ferramentas de avaliação em reabilitação, podem ser usadas tanto para avaliar a capacidade funcional global e específica como para avaliar o processo de reabilitação (Tennant, 2004). Algumas das avaliações utilizadas são transversais aos componentes individuais da CIF. Por exemplo, a Medida de Independência Funcional (MIF) (UDSMR, 1990) e a Escala de Barthel (UDSMR, 1990) incorporam aspetos das funções orgânicas e das atividades, para além das comorbilidades e a quantidade e necessidade de suporte externo. A escolha das medidas dependerá da fase e dos objetivos do processo de reabilitação, bem como da capacidade funcional do indivíduo.

1.1.7 ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INCAPACIDADE

Os estudos epidemiológicos, na área da reabilitação, fundamentam, tradicionalmente a sua metodologia em diagnósticos etiológicos. Começou-se agora, em estudos deste cariz, a abordar a doença crónica como entidade, embora ainda não se tratem adequadamente os conceitos de funcionalidade, participação e qualidade de vida nos indivíduos incapacitados, como “população” (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

Atualmente utiliza-se na abordagem a estes problemas a Esperança de Vida Saudável (*HALE - Healthy Life Expectancy*) e os Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (*DALY - Disability-Adjusted Life-Years*). Estes dois parâmetros, correspondem a definições sucintas do estado de saúde de uma população, combinando para isso as informações existentes sobre mortalidade e resultados finais de saúde não fatais, permitindo representar a saúde dessa população num único valor (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

É sabido que o envelhecimento das populações aumenta os níveis de incapacidade. Esta situação reflete-se num aumento da carga assistencial, com um aumento de custos para os cuidados de saúde e para os serviços sociais. A sobrevivência à doença e aos traumatismos graves tem vindo a melhorar, no entanto, pode produzir um número aumentado de doentes com problemas funcionais frequentemente complexos (WHO, 2011). Além disso, a população europeia tem cada vez mais expectativas relativamente à manutenção de um bom estado de saúde.

A prevalência da grande incapacidade é aceite na maioria dos países europeus como atingindo cerca de 10% (WHO, 2011), conforme se constatou num inquérito realizado no Reino Unido (Dennis e Langhorne, 1994). A esperança de vida dos 700 milhões de europeus, dos quais 450 milhões pertencem à União Europeia, tem vindo a aumentar (WHO, 2011).

Neste sentido, deve-se ter em conta dois aspetos considerados como fundamentais: a sobrevivência de doentes e traumatizados graves apresenta um número crescente de indivíduos com problemas e défices funcionais complexos. Muitos destes indivíduos são jovens à ocorrência do evento/lesão e sobreviverão por muitos anos. São numerosos exemplos, como os acidentes vasculares cerebrais (AVC), a lesão cerebral traumática, os politraumatismos e o cancro pediátrico, em que a existência de cuidados agudos e de reabilitação melhor organizados conduziu a uma maior sobrevida e melhores resultados finais destas pessoas (McLellan, 1991); e a expectativa de um melhor nível de saúde nos cidadãos europeus. Esta expectativa exerce maior pressão sobre os cuidados de saúde.

Para além da incidência e prevalência das patologias mais frequentes em reabilitação (AVC, lesões da medula espinhal, lesões cerebrais traumáticas, amputações, doenças reumáticas, outras patologias neurológicas ou músculo-esqueléticas, dor crónica, etc.), uma epidemiologia desta área deverá ter em consideração: perda consequente de funcionalidade em termos dos parâmetros das avaliações de funcionalidade; história natural das funções, atividade e participação; necessidade de acesso a recursos para uso na reabilitação (recursos humanos, infraestruturas, equipamento, materiais) e acesso aos recursos de reabilitação disponíveis (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

Estas informações auxiliam não só o planeamento e definição de prioridades dos serviços à escala regional, nacional e europeia, como a atribuição de orçamento para a investigação e desenvolvimento de meios de formação, ao proporcionar informações sobre a eficácia e relação custo/eficácia das intervenções em reabilitação (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009).

Existem diversos relatórios onde se pode consultar a incidência e prevalência das principais situações incapacitantes detectadas na prática de reabilitação. A reabilitação está particularmente interessada no seu impacto e, num inquérito realizado recentemente em Portugal, constatou-se que “0,7% da população se encontra acamada; 0,4% pode movimentar-se em cadeira de rodas; 1,9% não vive em sua casa; 9% não consegue andar ou apresenta limitações significativas na marcha; 8,5% vê os seus movimentos limitados a

transferências de cama; 6,2% não consegue ir à casa de banho sem auxílio; 8,6% necessita de ajuda a vestir-se ou a despir-se; 3,6% dos homens e 5,3% das mulheres apresentam incontinência urinária e 2,3% apresenta dificuldades na comunicação verbal. A prevalência global de todas as incapacidades na comunidade ascende a 10%” (SMFR UEMS, AEMR, EBPRM, 2009, p 20).

1.1.7.1 DOENÇA CEREBRO-VASCULAR

A doença cérebro-vascular não é uma entidade patológica ou clínica única, podendo apresentar-se segundo quadros clínicos distintos. É uma ameaça à qualidade de vida na velhice não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pela alta morbilidade que causa, implantando-se frequentemente em pessoas já com problemas físicos e/ou mentais.

Cerca de 10% dos indivíduos que sofreram um AVC ficam totalmente incapazes; somente em 30% é recuperada a função neurológica anterior, embora este grupo apresente um risco de recidiva de 20% por ano. O risco de AVC aumenta com a idade (embora não seja exclusivo do idoso) e é a causa mais frequente de incapacidade crónica (National Stroke Association, 2012). É também responsável por um elevado número de internamentos e por alterações de papéis na família, bem como por um desgaste económico e psicológico em todo o agregado familiar.

Em Portugal, estudos realizados na comunidade, sobre AVC's assumem uma importância crescente, não só por ser um país com uma alta taxa de mortalidade e morbilidade por AVC's, mas também porque a população está a envelhecer enquanto a família sofre alterações estruturais significativas que obrigam a um aumento da responsabilidade pública nos cuidados ao idoso dependente.

A expressão AVC refere-se a um conjunto de sinais e sintomas neurológicos, sendo definido pela OMS como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular (Nunes *et al*, 2005).

Pode ser de vários tipos, é multifatorial e apresenta inúmeras consequências, sendo o seu prognóstico condicionado por fatores fisiológicos, inerentes à lesão, bem como por características individuais do utente ou fatores externos que direta ou indiretamente estão

relacionados com este e a sua condição após o AVC, influenciando a sua recuperação (Nunes *et al*, 2005).

Segundo Ferro & Pimental (2006), os AVC's são uma das afecções neurológicas agudas mais comuns e são também uma das patologias mais frequentes como causa de internamento hospitalar. Também, representam uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, tendo grande repercussão na qualidade de vida das pessoas. Por isso, a reabilitação assume grande importância no sentido de ajudar a pessoa a readquirir capacidades perdidas e tornar-se novamente independente.

De acordo com a *National Stroke Association*:

- 10% dos sobreviventes recuperam quase integralmente;
- 25% recuperam com sequelas mínimas;
- 40% apresentam incapacidade moderada a grave que necessita de acompanhamento específico;
- 10% necessitam de tratamento a longo prazo numa unidade especializada;
- 15% morrem pouco depois do episódio;
- 14% dos sobreviventes têm um segundo episódio ainda durante o 1º ano.

Os AVC's são um grave problema de saúde pública em Portugal, sendo a principal causa de morte no país e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (Direção Geral de Saúde, 2001). Embora a mortalidade por AVC tenha vindo a diminuir consistentemente ao longo das últimas décadas, ela mantém-se bastante acima da dos países ocidentais da União Europeia. O mesmo se verifica com a mortalidade por AVC abaixo dos 65 anos, isto é, na chamada idade produtiva (Ferro & Pimentel, 2006).

Segundo Carr & Shepherd (2008), cerca de 25% dos AVC's ocorrem abaixo da idade de 65 anos e cerca de 50% abaixo dos 75. Embora existam dificuldades metodológicas em comparar a incidência, a mortalidade por AVC eleva-se rapidamente com o aumento da idade.

Estima-se que a sua incidência seja de 1 a 2 por 1000 habitantes por ano, e que após o AVC, cerca de 70% dos utentes (60 000 indivíduos) apresente incapacidade, dos

quais 24% com nível de incapacidade muito grave, com base no Índice de Barthel, com grande impacto nos vários domínios da vida do utente (Nunes *et al*, 2005).

Para Ramires (1997) “80% dos doentes que sofreram um AVC atingem o melhor nível funcional às seis semanas, 90% atingem-no às 12,5 semanas (3 meses). Não é de esperar grande melhoria funcional ou neurológica após os 3 meses, pois só 5% dos doentes farão algum progresso a partir desta altura. Quando completam o programa de reabilitação, 20% vão ficar com incapacidade grave, 8% com incapacidade moderada, 26% com ligeira incapacidade e 46% ficam independentes. Uma percentagem próxima dos 50% retomará uma profissão ou manterá as atividades habituais”.

1.1.7.2 TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

Traumatismo crânio-encefálico (TCE) é um insulto, não degenerativo e não congénito, para o cérebro de uma força mecânica externa, possivelmente levando à deficiência permanente ou temporária de competências cognitivas, funções físicas e psicossociais, associado, ou não, com um estado diminuído ou alterado de consciência (Segun, 2012).

A definição do TCE não tem sido consistente e tende a variar de acordo com as especialidades e as circunstâncias. Muitas vezes, o termo lesão cerebral é usado como sinónimo de lesão na cabeça, que não pode ser associado com défices neurológicos. As variações nos critérios de inclusão, também levantam dificuldades para a definição da lesão (Segun, 2012).

Inconsistência na definição e classificação de lesão cerebral traumática, juntamente com discrepâncias na recolha de dados, fez a epidemiologia do TCE difícil de descrever com precisão. As dificuldades na recolha de dados dos TCE's incluem o facto de muitos dos pacientes com TCE leve poderem não recorrer ao hospital, e os que o fazem irem ao serviço de urgências que nem sempre dispõem da documentação adequada. Por outro lado, os TCE's graves, com morte no local do acidente ou durante o transporte para um hospital, também não podem ser contabilizados completamente na recolha de dados para estudos epidemiológicos dos TCE. O uso de diferentes ferramentas de diagnóstico e nos critérios de admissão também pode alterar as classificações da gravidade (Lee e Newberg, 2005). Existem ainda outras variáveis de confusão, por exemplo não definir claramente o tipo de lesão, na determinação da epidemiologia do TCE. Outra variável é a diferença de resultados de diagnóstico por imagem em intervalos de tempo diferentes (Lee e Newberg, 2005).

Atualmente sabe-se que cerca de 40% de todas as mortes por lesões agudas nos Estados Unidos são devidas a um TCE. Anualmente, 200 mil casos com necessidade de hospitalização são devidos a este fator e 1,74 milhões de pessoas que apresentam um TCE ligeiro têm necessidade de recorrer a um consultório médico ou apresentam uma incapacidade temporária de pelo menos 1 dia (Segun, 2012).

O custo financeiro é estimado em cerca de 4 bilhões de dólares por ano. Esta estimativa inclui a perda de rendimento potencial do paciente e dos familiares (que pode precisar para se tornar cuidadores), o custo dos cuidados intensivos, e outras despesas médicas, tais como atendimento em ambulatório e de reabilitação contínua (Segun, 2012).

Cerca de 52 mil mortes nos EUA por ano são resultado de um TCE. Fatores locais, nos Estados Unidos, podem influenciar esta taxa de mortalidade, que é menor no centro oeste e nordeste e é maior no sul. A taxa de mortalidade por mortes fora do hospital é de cerca de 17 por 100 mil pessoas, e de cerca de 6 por 100.000 pessoas para os pacientes que estão internados (Segun, 2012).

Algumas medidas utilizadas neste tipo de lesão que determinam a gravidade do TCE ajudam a prever a probabilidade de morte devido à lesão. A taxa de mortalidade é alta no TCE grave e é baixa no TCE moderado. Num estudo da Transporter Classification Data Base (TCDB, 2012), a taxa de mortalidade no TCE grave foi cerca de 33% e, noutro estudo, no centro de Virgínia, a taxa de mortalidade encontrada no TCE moderado foi de 2,5%. Entre as crianças de 0-14 anos, cerca de 475.000 TCE's ocorrem a cada ano. As taxas são maiores entre crianças de 0-4 anos (Langlois, Rutland-Brown, Thomas, 2005).

A prevalência (isto é, os casos existentes em um determinado momento) do TCE não é bem documentada, porque a maioria dos casos (isto é, TCE leve) não são fatais, e os pacientes podem não ter sido hospitalizados.

As estimativas são muitas vezes baseadas em bases de dados com deficiências. Estimativas do *National Institutes of Health Consensus Development Panel on Rehabilitation of Persons with Traumatic Brain Injury* mostraram que 2,5-6500000 americanos vivem com incapacidades relacionados com TCE. Um Inquérito Nacional de Saúde estimou que, anualmente, 1,9 milhão de pessoas apresentavam uma fractura de crânio ou lesão intracraniana, devido a trauma, tornando-se cerca de 1% de todas as lesões, que a incidência de TCE leve é de cerca de 131 casos por 100.000 pessoas, a incidência de TCE moderado é de cerca de 15 casos por 100.000 pessoas, e a incidência de TCE grave é de

aproximadamente 14 casos por 100.000 pessoas. A inclusão de mortes pré-hospitalar aumenta o último número para 21 casos por 100.000 pessoas. (*National Institutes of Health*, 1998).

A incidência do TCE tem vindo a diminuir muito devido à introdução de medidas de prevenção e de uma forma muito evidente, como resultado de uma melhor aplicação das leis para a condução de veículos sob o efeito do álcool (*Segun*, 2012).

1.1.7.3 LESÕES VÉRTEBRO-MEDULARES

Das múltiplas formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, a lesão medular é sem dúvida uma das mais dramáticas. Se pensarmos na importância fisiológica da medula, não só como transmissor de impulsos e mensagens do cérebro para todas as partes do corpo, e vice-versa, mas também como um centro nervoso em si próprio, controlando funções como postura, micção, intestino, função sexual, respiração e regulação térmica, apercebemo-nos das consequências que uma lesão a este nível poderá ter. A interrupção da passagem de informação resulta em incapacidades funcionais importantes abaixo da zona lesada (Faria, 2006).

A etiologia é diversa, podendo identificar-se causas médicas (por exemplo, degenerativas, vasculares, neoplásicas, infecciosas) ou traumáticas (quedas, acidentes de viação, acidentes relacionados com a prática desportiva, acidentes por arma de fogo, entre outros).

A intervenção da reabilitação dirige-se para avaliar e manter o funcionamento dos múltiplos órgãos e sistemas, restaurar ou substituir as funções perdidas com o objetivo final de reintegrar o indivíduo na sociedade (Faria, 2006).

É fundamental estabelecer, o mais precocemente possível, um prognóstico funcional, para que o doente e sua família possam investir na obtenção de objetivos realistas e iniciar desde logo o planeamento da sua reinserção social.

A maioria dos estudos sobre a incidência de lesões medulares é retrospectiva ou baseada numa população hospitalar, não proporcionando uma visão generalizada da sua verdadeira incidência na população em geral.

Não existem estudos epidemiológicos de âmbito nacional. Os dados nacionais que se dispõe dizem respeito a um estudo efectuado na região Centro entre 1989 e 1992 e

apenas a lesões de etiologia traumática. A taxa de incidência encontrada foi de 5,8/100 000 habitantes, sobrevivendo 2,5/100 000 habitantes (Faria, 2006).

Nos Estados Unidos, a incidência estimada de lesões medulares traumáticas é de 55/milhão de habitantes, sendo 35/milhão de habitantes os que sobrevivem, representando cerca de 11 000 novos casos/ano (Faria, 2006).

A epidemiologia das lesões não traumáticas não está bem estabelecida. Até há cerca de 60 anos, a sobrevivência de um lesionado medular era muito reduzida; a melhoria dos cuidados de emergência prestados no local do acidente, os avanços no tratamento médico e cirúrgico e a introdução de procedimentos de reabilitação mais sofisticados conduziram a uma diminuição acentuada da taxa de mortalidade (Faria, 2006).

A esperança de vida depende do nível neurológico e do tipo de lesão, sendo atualmente para um tetraplégico completo cerca de 70% da de um indivíduo saudável, para um paraplégico completo de 86% e para um paraplégico incompleto "D" de 92% (Faria, 2006).

A idade tem uma influência considerável na etiologia das lesões medulares; nos grupos etários abaixo dos 40 anos, o traumatismo é a causa da lesão medular em mais de 85% dos casos. São os indivíduos jovens do sexo masculino os mais expostos, quer pela atividade profissional, quer pela prática desportiva ou, simplesmente, pela utilização de um meio de transporte. Com o envelhecimento da população, a idade média na data da lesão aumentou dos 28,6 anos no final dos anos 70 para 38 anos em 2006 (Faria, 2006).

1.2. FATORES DE PROGNÓSTICO EM REABILITAÇÃO DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS

Durante a intervenção com um utente com lesão neurológica vão-se colocando várias questões à equipa de reabilitação, quer pela família do utente, quer pelos outros profissionais que com ele trabalham quer pelo próprio utente: Até onde o utente vai recuperar? Será que pode ser funcional no seu dia-a-dia? Como vai reagir às barreiras que lhe surgirão futuramente? Até quando beneficiará de tratamentos? Entre outras questões formuladas ao longo de todo o processo de reabilitação.

Para todas estas questões não haverá certamente uma resposta. No entanto, ponderar todos os dados que se possuem e formular uma possível linha de evolução do

caso, servirá para que todos aqueles que se encontram ligados ao processo de reabilitação do utente, compreendam aquilo que se poderá obter.

O estabelecimento do prognóstico do caso surge como um passo importante e delicado na intervenção terapêutica pelo facto de se tratar da classificação da gravidade do mesmo.

Para Chapey (2008), existem fatores que influenciam positivamente e outros negativamente o caso, e que todos em conjunto devem ser analisados de modo a que se chegue ao correto prognóstico do mesmo.

Chapey (2008) refere que, de uma maneira considerável, é possível “prever” a evolução de determinado paciente, com o que comumente se designa de critérios de prognóstico. Com estes critérios, é possível prever o que podemos esperar de determinado paciente, com determinadas características. Contudo, trata-se apenas de uma previsão e nunca de uma certeza absoluta.

Segundo Jacobovicz e Cupello (1996), o prognóstico nunca deverá ser muito rígido, mas sim dinâmico, dando sempre margem de possibilidade de evolução positiva do paciente, visto que são vários os fatores que intervêm na definição do prognóstico de um quadro neurológico.

Existem vários fatores que podem influenciar a recuperação em doentes com doenças neurológicas. Embora alguns sejam mais cruciais, é provável que todos interajam na recuperação. Basso (1992, citado por Benson e Ardila, 1996) considera a existência de dois grupos de fatores: os biográficos, tal como a idade, o género e a lateralidade; e os neurológicos, como são o caso da etiologia, local e extensão da lesão.

De acordo com Haynes e Pindzola (1998), os fatores que influenciam o prognóstico são: a etiologia, a extensão e localização da lesão, o tipo de alteração provocada, a severidade inicial da perturbação, o tempo de evolução, o início da intervenção, a presença de outros problemas de saúde, a idade, a lateralidade, a personalidade pré-mórbida, os fatores intelectuais e a escolaridade, a consciência dos erros, a resposta da família e a motivação.

LaPointe (2005) considera que ao definir um prognóstico devem ter-se em conta fatores tais como: a severidade, o relativo envolvimento das modalidades, o tempo de evolução, o estado geral de saúde, a saúde psicológica, a extensão e localização da lesão,

a etiologia e a interação entre estas variáveis. O mesmo autor considera ainda que o prognóstico está frequentemente relacionado com a variabilidade do desempenho nos estadios precoces de recuperação. Graus elevados de variabilidade entre sub-testes ou tarefas sugerem um prognóstico melhor, enquanto variabilidades mínimas sugerem que irá emergir uma situação crónica.

1.2.1 BIOGRÁFICOS

Estudos mais recentes não demonstram que os fatores biográficos tenham um papel importante na recuperação espontânea, contudo, não existem estudos conclusivos ao nível da reabilitação e não pode ser excluída uma influência indireta, pelo que vários autores não consideram estes fatores ao estabelecer um prognóstico, não excluindo, no entanto, a existência de uma influência indireta (Basso, 2003).

No que diz respeito aos fatores biográficos, mais concretamente à idade, estudos recentes mostram que não existe relação direta entre a idade e a recuperação. Aquilo que importa ter em conta quando se fala de idade como fator de prognóstico é a relação que esta apresenta com a etiologia, bem como as comorbilidades associadas à idade. Deste modo, poder-se-á seguir uma linha de raciocínio onde os doentes mais idosos têm associadas comorbilidades e fadiga, sendo estes fatores prejudiciais à intervenção, enquanto doentes mais jovens apresentam uma resistência e um suporte social maior, fatores esses considerados positivos (Dworking 1991; Chapey, 2008 e McCaffrey, 2010).

Por outro lado, considera-se que o prognóstico piora à medida que a idade avança, quando se compara um estado neurológico semelhante, mais devido à resposta fisiopatológica que o Sistema Nervoso Central (SNC) de um indivíduo jovem pode dar, do que pelo aumento da incidência de complicações de outros parâmetros clínicos num adulto mais velho (Junqué i Plaja *et al*, 2001). Assim, este fator é importante no que respeita à plasticidade cerebral, pois quanto mais jovem for o indivíduo, mais favorável será a evolução do caso e regeneração da área afetada.

Um estudo realizado por Taylor (1992, citado por Benson e Ardila, 1996) demonstrou que doentes com lesão neurológica de meia-idade (50-64 anos) apresentam melhor recuperação do que doentes mais velhos (65-84 anos).

Outro fator biográfico mencionado na literatura diz respeito ao género. Aquilo que atualmente se defende é a ideia de que este não influencia diretamente o prognóstico (Chapey 2008). No entanto, a organização funcional cerebral das capacidades verbais e

visuo-espaciais, diferem quanto ao sexo, pois no sexo feminino as capacidades verbais e visuo-espaciais estão representadas bilateralmente pelo que as mulheres apresentam melhor prognóstico (Peña-Casanova & Pamies, 2005).

Varáveis relacionadas com a personalidade e com os aspetos da vida social do doente interferem não só na saúde em geral, em termos de morbilidade e mortalidade, mas também no prognóstico (Chapey, 2008).

A personalidade, segundo alguns estudos, tem grande peso na reabilitação da lesão neurológica. Uma personalidade extrovertida, confiante, flexível e positiva tem melhores resultados que uma personalidade introvertida, inibida e com pouca auto-estima (Jacubovicz e Cupello, 1996; Haynes e Pindzolla, 1998). Para McCaffrey (2010) pacientes ativos e optimistas têm melhor prognóstico.

A auto monitorização também é preponderante na determinação do prognóstico, pois pacientes que estão conscientes das suas dificuldades, e que tentam superá-las e corrigir os seus erros apresentam um diagnóstico mais favorável.

1.2.2 DEMOGRÁFICOS

Foram realizados vários estudos a fim de se concluir se existe uma relação entre a escolaridade do individuo e a sua recuperação. Comparando a evolução de um grupo de analfabetos e outro de doentes com escolaridade, os autores verificaram que a evolução era sobreponível ao fim de seis meses, concluindo assim que a escolaridade não pode ser considerada fator de bom ou mau prognóstico (Castro-Caldas *et al*, 1994).

Existem ainda autores que defendem, quanto aos fatores intelectuais e escolaridade, que pacientes com um nível intelectual e escolar elevado obtêm maior sucesso na reabilitação porque há maior probabilidade de existência de circuitos funcionais que podem suprir as áreas lesadas. Além disso, o individuo alfabetizado compreende melhor os exercícios propostos, estando mais motivado para a terapia, podendo utilizar a oralidade em concomitância com a escrita (Ferro e Pimentel, 2006)

Em algumas patologias, a escolaridade é um fator que se admite não ter uma influência direta ao nível da recuperação, nomeadamente, das capacidades de linguagem. No entanto, o facto de não se aprender a ler e escrever na altura adequada, irá ter impacto no processamento da linguagem e na plasticidade de estratégias cognitivas (Fonseca, Guerreiro & Castro-Caldas, 2002)

McCaffrey (2010) e Dworking (1991) referem que pacientes que recebem algum apoio de membros família e/ou amigos têm um prognóstico mais favorável do que os que não têm esse apoio.

Uma família que providencia suporte afectivo e emocional e oferece uma estimulação apropriada, permitindo que o individuo possa desempenhar novamente o seu papel no seio familiar, reúne um prognóstico favorável (Peña-Casanova & Pamies, 2005).

1.2.3 NEUROLÓGICOS

No que concerne à etiologia, Mac-Kay *et al* (2003) relatam resumidamente que as causas mais frequentes de lesão neurológica são de origem vascular, infecciosa, traumática, anóxica, metabólica, idiopática, neoplásica, degenerativa e desmielinizante. Geralmente, a etiologia do tipo vascular, isto é, os AVC's, são o motivo mais comum na ocorrência de uma lesão neurológica, sendo também a etiologia de pior prognóstico quando comparada com os TCE's (Basso, 2003). Dentro das lesões vasculares, aquelas que resultam de uma hemorragia têm melhor prognóstico quando comparadas com aquelas que resultam de uma isquemia (Benson e Ardila, 1996). A etiologia com pior prognóstico é a das doenças degenerativas e desmielinizantes.

McCaffrey (2010) refere que a história e o estado neurológico devem ser tidos em conta para o estabelecimento do prognóstico. Assim, a extensão e localização da lesão, são outros fatores de extrema importância. Quanto mais extensa for a lesão, pior a reabilitação e por sua vez o prognóstico (Haynes e Pindzolla, 1998). Chapey (2008) afirma que quanto maior for o tamanho da lesão, mais capacidades se encontrarão afectadas, logo pior será o prognóstico.

As lesões exclusivamente pré-rolândicas são de melhor prognóstico do que as pré e pós rolândicas simultaneamente (Ferro 1992, citado por Castro Caldas, 1994), e lesões subcorticais bilaterais ou doenças degenerativas são as que têm o prognóstico mais reservado (McCaffrey, 2010).

No que diz respeito à gravidade da lesão, este é provavelmente um dos fatores de maior peso no prognóstico.

A severidade inicial da perturbação, torna-se um dos fatores preditivos mais importantes (Haynes e Pindzolla, 1998), pois quanto maior for a alteração no momento da avaliação, pior o prognóstico. Dworking (1991) considera que a severidade da perturbação a

nível de cada subsistema e a etiologia subjacente têm impacto no prognóstico de melhoria. Sabe-se que quanto maior for o comprometimento motor e cognitivo, pior será a sua recuperação (Castro-Caldas *et al*, 1994).

Chapey (2008) acrescenta ainda que doentes que apresentam uma alteração grave levam mais tempo a recuperar quando comparados com doentes com alterações de gravidade menor. Para além disso, estes doentes recuperam menos capacidades quanto mais grave for a alteração.

O tempo de evolução, ou seja, o tempo que decorre desde a instalação dos sintomas até ao início da intervenção terapêutica, é fator com maior influência na recuperação de um doente, e consequentemente no seu prognóstico. Benson e Ardila (1996) afirmam que existe maior potencial de recuperação nos dois a três meses, após a lesão, sendo que este prazo se pode estender até 12 meses. Este potencial advém da designada recuperação espontânea, que consiste em processos derivados da própria plasticidade cerebral e de mecanismos da reorganização cerebral, após uma afecção aguda, que leva a uma autorregeneração do próprio organismo (Basso, 2003).

Nos primeiros três meses pós AVC é de notar uma melhoria mais acentuada ao nível da recuperação espontânea (Leal, Fonseca e Farrajota, 2002).

Quanto ao início da intervenção e ao tempo de evolução, quando a reabilitação é iniciada antes dos seis meses de evolução demonstra maiores probabilidades de evolução (Jacubovicz e Cupello, 1996; Haynes e Pindzolla, 1998).

Fatores emocionais e psicossociais têm também impacto na reabilitação e recuperação (Basso, 2003)

McCaffrey (2010) refere que pacientes que receberam apoio multidisciplinar têm uma evolução melhor que os que não têm este apoio.

1.3. MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A *Functional Independence Measure (FIM)* ou Medida de Independência Funcional (MIF) como foi traduzida para a Língua Portuguesa, teve origem na década de 1980, tendo sido desenvolvida pelo Departamento de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de New York, em Buffalo (pela Academia Americana de Medicina

Física e de Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação) (Granger, 2011)

A MIF foi criada em 1983 por um grupo de trabalho que pretendia desenvolver um sistema uniformizado de dados. Este instrumento de avaliação tem como objetivos: determinar a incapacidade do doente; avaliar os ganhos funcionais do mesmo; avaliar a qualidade de um programa de reabilitação e determinar a relação custo/benefício e custo/realização no que respeita à reabilitação e fazer a comparação dos resultados e consequentemente da evolução do período que está entre a data de admissão e a alta.

Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de “criar um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas” (Granger, 2011)

A MIF é provavelmente o mais amplo instrumento para medir a capacidade funcional. É um instrumento preciso e universal que avalia as funções superiores, sendo um indicador de incapacidade. Deste modo, as modificações da MIF refletem a eficácia do programa de reabilitação (Benvegna *et al*, 2008).

De acordo com a literatura, a MIF é utilizada principalmente em adultos com lesões neurológicas (como os AVC's e as lesões medulares), mas também em crianças. A forma de se obter a informação depende da observação de desempenho do paciente, e/ou das informações fornecidas pelo paciente/familiar/cuidador/equipa (Benvegna *et al*, 2008).

Tem como vantagem o facto de englobar não só as atividades motoras, mas também os aspetos cognitivos e a capacidade de comunicação. Além destes aspetos, o instrumento tem grande acolhimento na literatura internacional. (Granger, 2011)

Constitui uma escala fiável e válida mas de difícil aplicação, consequentemente menos reprodutível, sobretudo devido ao facto de avaliar aspetos cognitivos e de interação social. É um instrumento que requer que os avaliadores estejam devidamente treinados e habilitados para a sua aplicação e a aplicação regular desta escala permite avaliar a evolução clínica e funcional dos doentes. (Granger, 2011)

A MIF é regida por vários princípios, sendo eles: a avaliação da funcionalidade que deverá ser efectuada através da observação direta; a MIF deverá ser preenchida até 10 dias após a admissão; o preenchimento deverá ser efectuado por toda a equipa multidisciplinar; o preenchimento deverá ser estabelecido com o que o doente é capaz de fazer, no

momento do preenchimento, e não tendo em conta aquilo que ele poderá vir a fazer, a partir da observação dirigida durante a realização de algumas atividades, onde será avaliada a qualidade do movimento, o tempo de realização, destreza, coordenação, habilidades cognitivas, sociais ou emocionais para que o paciente a realize. O objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a capacidade que a pessoa tem para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas da vida diária; todas as alíneas deverão ser preenchidas e caso a funcionalidade demonstrada pelo doente, em determinada atividade, for variável, deverá ser atribuída a pontuação mais baixa (Turner-Stokes *et al*, 1999). No CMRA, o registo da MIF é efectuado 72h após a admissão e no momento da alta, podendo, também ser preenchido na consulta dos três meses, após a data da alta (UDSMR, 1990).

Este instrumento de avaliação verifica o desempenho do individuo num conjunto de 18 tarefas, referentes a autocuidados, ao controlo esfinteriano, às transferências, à locomoção, à comunicação e à cognição social (Turner-Stokes *et al*, 1999).

As áreas de avaliação da MIF podem ser subdivididas e deste modo, na área de autocuidados enquadram-se a alimentação, a higiene pessoal, o banho/duche, o vestir a metade superior do corpo, o vestir a metade inferior do corpo, e a utilização da sanita. Na alimentação avalia-se a capacidade de utilização de utensílios para levar os alimentos à boca e de mastigar e engolir, com a refeição já devidamente preparada. A higiene pessoal avalia-se através da lavagem dos dentes, do pentear, da lavagem das mãos e da face e da capacidade de fazer a barba e colocar maquilhagem. A avaliação da capacidade de tomar banho relaciona-se com a lavagem do corpo, em banho de emersão, chuveiro ou através da utilização de uma bacia. O vestir da metade superior do corpo inclui a capacidade do doente em vestir-se da cintura para cima e de colocar ou retirar uma ajuda técnica, da parte superior do corpo. Em contrapartida, o vestir da metade inferior do corpo relaciona-se com a aptidão do individuo em vestir-se da cintura para baixo e em colocar ou retirar uma ajuda técnica, da parte inferior do corpo. A utilização da sanita avalia-se através da capacidade de realizar a higiene perineal e de despir e vestir a roupa, antes e depois da utilização da sanita (UDSMR, 1990).

A área do controlo de esfíncteres inclui o controlo vesical e anal (Turner-Stokes *et al*, 1999). O controlo adequado dos esfíncteres requer o controlo completo e intencional da bexiga e da defecação e a utilização de equipamento e meios necessários para tal (UDSMR, 1990).

A mobilidade inclui as transferências relativas ao leito/cadeira/cadeira de rodas, sanita e banheira/duche e, ainda, a locomoção através de marcha/cadeira de rodas e escadas (Turner-Stokes *et al*, 1999). A transferência relativa a leito/cadeira/cadeira de rodas abarca todos os aspetos de transferência de e para o leito, cadeira e cadeira de rodas, ou a passagem para a posição de pé, se a marcha for o modo típico de locomoção. A transferência relativa à sanita relaciona-se com a ação de chegar e de se retirar da sanita, banheira ou duche e ainda entrar e sair da banheira e/ou duche. A locomoção através de marcha/cadeira de rodas inclui a deambulação na horizontal, relacionando-se, assim, com o andar a partir da posição de pé ou com a utilização de uma cadeira de rodas. A avaliação da locomoção através de escadas inclui a subida e descida de 12 a 14 degraus (lance de escadas), no interior (UDSMR, 1990).

A área da comunicação subdivide-se em compreensão e expressão (Turner-Stokes *et al*, 1999). A compreensão avalia-se através da capacidade de compreender a comunicação visual ou auditiva, ou seja, a informação linguística, falada ou escrita e, ainda, os gestos. A avaliação da expressão prende-se com a expressão clara da linguagem verbal e não-verbal, ou seja, com a expressão de informação linguística verbal ou gráfica, através da escrita ou de outro sistema de comunicação (UDSMR, 1990).

A consciência do mundo exterior inclui a interação social, a resolução dos problemas da vida quotidiana e, ainda, a memória (Turner-Stokes *et al*, 1999). A avaliação da interação social abrange as técnicas e os meios utilizados pelo doente para se fazer compreender e para participar nas situações terapêuticas e sociais. Deste modo, representa a forma como a pessoa lida com as suas próprias necessidades, em simultâneo, com as dos outros. A resolução dos problemas da vida quotidiana avalia-se através da capacidade do doente tomar decisões razoáveis, seguras e adaptadas ao momento. Essas decisões poderão ser referentes a tarefas sociais, financeiras e pessoais. A avaliação da memória inclui, em particular, as capacidades de armazenamento e recuperação de informação, principalmente, verbal e visual (UDSMR, 1990).

Cada um dos dezoito itens da MIF tem uma cotação máxima de 7, e a cotação mínima de 1. O valor 1 corresponde à dependência total e o valor 7 relaciona-se com a realização de tarefas de forma totalmente independente. A cotação total mais elevada é, portanto, de 126 e a mais baixa é de 18. A cotação em sete níveis é fundamental para que as alterações funcionais sejam observadas com uma sensibilidade suficiente.

As duas dimensões da MIF, motora e cognitiva, apresentam valores parcelares. Assim, a dimensão motora apresenta uma cotação total mais elevada de 91 e mais baixa de 13, e a dimensão cognitiva uma cotação total mais elevada de 35 e mais baixa de 5. A soma das duas dimensões corresponde ao valor total máximo e mínimo da MIF.

Assim, de acordo com o estadio em que o doente se encontra será atribuído um determinado nível:

INDEPENDENTE – Não é requerida outra pessoa para a atividade.

SEM AJUDA

- Nível 7- INDEPENDÊNCIA COMPLETA – Todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizados em segurança, sem modificação, sem ajudas técnicas e em tempo razoável.
- Nível 6- INDEPENDÊNCIA MODIFICADA – A atividade requer: uma ajuda técnica, prótese ou ortótese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizado em condições de segurança suficientes.

DEPENDENTE – É necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física; sem esta, a atividade não pode ser realizada

COM AJUDA DEPENDÊNCIA MODIFICADA – O sujeito realiza pelo menos 50% do esforço.

- Nível 5 - SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO – O sujeito só necessita de um controlo, ou uma presença, ou uma sugestão, ou um encorajamento, sem contacto físico. Ou ainda: o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objetos necessários ou coloca-lhe a ortótese ou prótese (ajuda técnica).
- Nível 4 - AJUDA COM CONTACTO MÍNIMO -O contacto é puramente "táctil", e o sujeito realiza 75% ou mais do esforço
- Nível 3 - AJUDA MODERADA - O sujeito requer mais do que um contacto táctil, ou realiza 50 a 74% do esforço

DEPENDÊNCIA COMPLETA - O sujeito efetua menos da metade (menos de 50%) do esforço. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a atividade não pode ser realizada.

- Nível 2- AJUDA MÁXIMA -O sujeito desenvolve menos de 50%, mas pelo menos 25% do esforço
- Nível 1- AJUDA TOTAL -O sujeito efetua menos de 25% do esforço.

Em 1993, a MIF ainda era um instrumento novo para avaliar a condição funcional de pacientes internados para reabilitação, mas a sua validade e confiabilidade estavam apenas parcialmente estabelecidas. Devido à sua rápida disseminação, Dodds *et al* (1993) procuraram mais uma prova da consistência interna¹ da MIF, da capacidade de resposta ao longo do tempo, e da validade de construção², através de um estudo de aplicação da MIF a 11.102 pacientes de reabilitação geral do Noroeste do Pacífico, sendo verificado que: a média de idade foi de 65 e 51% eram do sexo masculino. Os diagnósticos mais comuns foram acidente vascular cerebral (52%), as condições ortopédicas (10%), e a lesão cerebral (10%).

A consistência interna da MIF foi calculada através do alfa de Cronbach. Para avaliar a resposta da MIF, examinaram as diferenças de pontuação da MIF entre admissão e alta. Para fins de validade de construção, colocaram a hipótese de que a MIF iria variar com a idade, comorbilidades, destino após a alta e gravidade da lesão. As comorbilidades foram quantificadas com o Índice de Comorbilidade de Charlson (Dodds *et al*, 1993).

Concluiu-se que a MIF tinha uma consistência interna global elevada ($\alpha=0.93$), registou ganhos funcionais significativos durante a reabilitação (melhoria pontuação 33%, $p < .001$), assim como muitos outros indicadores de condição funcional.

As melhorias maiores e menores foram observadas na lesão cerebral traumática e dor lombar (53% e de 8% MIF, respectivamente).

Este estudo permite concluir que a MIF discrimina pacientes com base na idade, comorbilidades, e destino após a alta. As diferenças de gravidade podem ser distinguidas entre a lesão medular e pacientes com AVC.

Dodds *et al* (1993) concluíram que a MIF tem alta consistência interna e capacidades discriminativas adequadas para os pacientes de reabilitação. É um bom indicador de carga

¹ Grau de uniformidade ou de coerência existente entre cada um dos itens que compõem a prova.

² Grau em que conhecemos aquilo que a prova está a medir.

de cuidados, e demonstra alguma sensibilidade³ (*responsiveness*), mas a sua capacidade para medir a mudança ao longo do tempo necessita de uma análise mais aprofundada e comparação com escalas concorrentes.

No mesmo ano, um conjunto de autores (Heinemann *et al*, 1993) realizaram um novo estudo para dimensionar a MIF e determinar a similaridade das medidas da escala em todos os grupos de incapacidade.

Os resultados mostram que a MIF contém dois subconjuntos fundamentais de itens: motor e cognitivo; a análise Rasch⁴ do UDS para uma amostra de pacientes de Medicina de Reabilitação, forneceu medidas de intervalo das funções motoras e cognitivas; e a validade da MIF foi apoiada pelos padrões de dificuldades dos itens em todos os grupos de incapacidade.

Desta forma, a adequação clínica da MIF foi demonstrada, apesar de terem surgido sugestões de melhoria. A frequência de desajuste entre os pacientes e o desempenho das escalas, variou entre os grupos de incapacidade, mas foi aceitável. O resultado deste projecto permitiu que médicos e investigadores façam um planeamento do custo-eficácia do tratamento, fornecendo uma medida válida de deficiência.

Linacre *et al* (1994) afirma que a MIF regista o grau da incapacidade dos pacientes de reabilitação. Neste estudo, a análise das avaliações na admissão e alta da MIF, de 14.799 pacientes mostra que os 18 itens da MIF podem definir dois indicadores estatísticos e clinicamente diferentes.

Trinta itens definem as alterações funcionais nas funções motoras e cinco itens definem as alterações funcionais nas funções cognitivas.

Assim, Linacre (1994) conclui que a análise estatística para cada indicador tem as mesmas características na admissão e alta, pelo que estas medidas podem ser usadas para avaliar as mudanças no estado do paciente.

³ Mede a capacidade do teste em identificar corretamente a doença entre aqueles que a possuem.

⁴ É considerado um modelo que atribui um critério para a estrutura das respostas, em vez de uma mera descrição estatística das respostas.

Heinemann *et al* (1994) realizam novo estudo com a MIF. Este estudo pretendeu avaliar o grau em que os resultados de reabilitação e a utilização de recursos podem ser previstos por meio de medidas de funcionalidade.

As medidas da função motora e cognitiva foram derivadas da MIF, para uma amostra de 27.699 pacientes submetidos a um processo de reabilitação inicial.

A condição funcional na admissão, foi consistentemente relacionada com a condição funcional na alta e com o tempo de internamento, embora a força dessas associações tenha variado com o tipo de incapacidade.

A função motora foi um forte preditor do tempo de internamento ao contrário da função cognitiva, para todas as incapacidades. No entanto, a função cognitiva contribui para grupos específicos de incapacidade. A variância⁵ prevista na alta da função motora tem uma média de 55%, 70% na função cognitiva, e 20% no tempo de permanência. Estes resultados suportam a utilização de medidas do estado funcional no desenvolvimento de modelos de reabilitação permitindo prever a utilização dos recursos.

Muitos estudos referem a importância do(s) diagnóstico(s) médicos, na previsão dos resultados em reabilitação, tempo de internamento e custos associados. Estes estudos mostram que a probabilidade da recuperação funcional desce à medida que aumentam as comorbilidades. Estas “complicações” estão relacionadas com a severidade da doença e com o tempo de internamento, este aumentando, bem como os custos, à medida que aumentam o número de comorbilidades.

Stineman *et al* (2000) realiza um estudo cujo objetivo era desenvolver uma medida específica para reabilitação da complexidade do diagnóstico (índice de complexidade do diagnóstico funcional), que ponderasse as informações de diagnóstico (Classificação Internacional de Doenças, revisão 9, Modificação Clínica ou CID-9-MC) na medida em que se espera que estes afetem o estado funcional e duração da estadia hospitalar em reabilitação.

Neste projeto, onze fisiatras reconhecidos nacionalmente atribuíam códigos do CID-9-CM por categorias para calcular o efeito esperado sobre a recuperação funcional. A

⁵ Medida dispersão estatística que indica quão longe, em geral, os valores se encontram do valor esperado.

pontuação do índice resultante da complexidade do diagnóstico funcional foi calculada para cada paciente, combinando os valores de cada código da CID-9-CM no registo de alta.

As análises foram estratificadas nas 20 grandes categorias funcionais (*Rehabilitation Impairment Categories – RICs*) da MIF - grupos relacionados pela função.

Da amostra constavam 182.254 pacientes com alta, de 465 unidades de reabilitação em hospitais gerais e hospitais *free-standing* de reabilitação em 1995.

Stineman *et al* (2000) verificaram que altos graus de complexidade diagnóstica foram associados com baixos níveis de independência funcional na admissão em cada um de 20 RICs (Spearman $R = 0,06-0,25$), e que, dependendo da RIC, nos pacientes com categoria de complexidade mais alta (em comparação com a mais baixa) havia um aumento de até 35% no tempo de internamento para reabilitação.

Como conclusão, referem que medir a complexidade do diagnóstico médico oferece uma abordagem promissora para a análise dos efeitos cumulativos de vários diagnósticos (comorbidades), sobre o estado funcional inicial do paciente e no tempo de internamento para reabilitação.

Muitos outros estudos têm sido desenvolvidos ao longo dos anos de utilização da MIF, a grande maioria desses estudos pretendem comprovar que a eficácia desta medida de avaliação funcional se mantém, que pode ser aplicada em múltiplas patologias e compara-la com outras escalas de avaliação da capacidade funcional.

Os resultados que se têm obtido, vão de encontro aos primeiros resultados, ou seja, que a MIF é uma medida eficaz de incapacidade (Granger *et al*, 2010; Nilsson e Tennant, 2011), e que a MIF, em comparação com outras escalas, revela um resultado positivo (Temple *et al*, 2009), embora necessite de ser aprimorada na discriminação da funcionalidade em diferentes quadros clínicos (Nilsson, 2006).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão (CMRA) é uma instituição de saúde especializada na área da reabilitação, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). A SCML é uma pessoa coletiva de utilidade pública administrativa orientada para os problemas sociais em meio urbano, cujos Estatutos foram aprovados pelo Decreto-Lei nº 322, de 26 de Agosto, alterados pelo Decreto-Lei nº 469/99, de 6 de Novembro (IASIST⁶, 2011).

Dadas as particularidades dos pacientes que trata e das atividades que desenvolve, o CMRA manifestou, em 2007, a necessidade de dispor de um sistema de informação próprio e, de selecionar as metodologias mais adequadas para disponibilizar aos responsáveis e profissionais do Centro, conhecimento útil para a gestão e avaliação do trabalho desenvolvido e dos cuidados e serviços prestados aos pacientes (IASIST, 2011).

Como ponto de partida e utilizando os dados já recolhidos rotineiramente, o CMRA pretendeu realizar uma análise de *benchmarking* que permitisse traduzir o seu posicionamento face a instituições comparáveis, recorrendo a um conjunto de indicadores que permitissem identificar oportunidades de melhoria em cada uma das principais áreas de atuação.

A finalidade da primeira fase era, assim, obter as bases e o perfil de um sistema de informação que permitisse gerar conhecimento útil para a gestão e avaliação da atividade do CMRA no futuro, nomeadamente: dispor de relatórios periódicos de monitorização do funcionamento e resultados da atividade para grupos significativos de pacientes; e permitir um *benchmarking* com outros centros similares.

⁶ A IASIST é uma empresa especializada em serviços de benchmarking em unidades de saúde, para a melhoria da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados aos pacientes, operando em Portugal desde 2007 e em Espanha desde 1991. Tecnicamente interligadas, a IASIST SAU e a IASIST Portugal, com uma equipa de profissionais das áreas da medicina, gestão hospitalar, estatística e informática, operam articuladamente no mercado nacional para fornecerem aos clientes o melhor serviço. A IASIST integra desde Julho de 2009 a divisão UBM Médica da corporação UBM (United Business Media).

Desde 2007 a IASIST tem vindo a desenvolver metodologias próprias para o estudo e avaliação na área da Reabilitação. A IASIST trabalha atualmente com três das principais instituições de Reabilitação da Península Ibérica: O Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, o Centro de Medicina de Reabilitação do Sul e o Institut Guttmann.

A IASIST dispõe do acesso ao conjunto básico de dados do Sistema Nacional de Saúde Espanhol (Sistema Nacional de Salud), bem como de bases de dados de países europeus e, de países latino-americanos (www.iasist.pt)

É importante salientar que, pelo volume de informação de 6 anos, de 2006 a 2011, torna-se necessária a criação de uma base de dados e de uma redefinição dos métodos de análise e apresentação dos resultados.

Assim, a IASIST desenvolveu o primeiro instrumento de *benchmarking* clínico adaptado à área da reabilitação, com base num conjunto de indicadores ajustados pela severidade e independência funcional dos pacientes. Através deste instrumento de *benchmarking*, o PRC® (Perfil de Reabilitação Clínica) (IASIST, 2011), é agora possível aos centros e serviços hospitalares de reabilitação compararem a sua performance com a de outros centros e serviços similares, identificando assim as áreas clínicas de excelência e a melhorar, assim como apoiar ações internas de melhoria contínua dos cuidados.

Esta metodologia de *benchmarking* clínico adaptado à área de reabilitação tem por base a atividade clínica dos centros, classificada com base numa escala que permite a avaliação da funcionalidade e da eficácia do tratamento reabilitador, a escala MIF, assim como a casuística classificada com base no sistema de classificação de doentes Case-Mix Groups (CMG) (Completo, 2011).

A escala MIF e os CMG avaliam aspetos da reabilitação cognitiva e da comunicação, para além dos aspetos de funcionalidade e da recuperação biomecânica dos doentes.

Os CMG são grupos iso-consumo que têm em consideração a idade, sexo e comorbilidades do paciente e respectiva pontuação MIF, distribuindo-se pelas grandes categorias funcionais típicas em reabilitação: AVC, Lesões Cerebrais, Lesões Medulares, Condições Neurológicas, entre outras (IASIST, 2011).

A maior vantagem da informação com base em indicadores ajustados pela casuística é a possibilidade de obter comparações, eliminando o fator de enviesamento que afecta a comparação ao nível de unidade ou serviço quando não são consideradas as diferenças entre os tipos de doentes tratados (Completo, 2011).

As principais características deste tipo de análise são:

- Disponibilizar informação baseada num sistema de *case-mix* adaptado à reabilitação que permite avaliar se as diferenças encontradas na gestão de recursos e qualidade se devem ao facto de se tratarem doentes realmente diferentes ou se existem diferenças nas práticas organizativas/clínicas.

- Permitir a comparação com valores de referência de centros e serviços de reabilitação similares, que oferecem um posicionamento do Centro face ao estado da arte e assinalam as áreas clínicas de excelência e com potencial de melhoria.
- Disponibilizar indicadores ajustados pelo nível de severidade e nível de independência funcional que atenuam enviesamentos nas análises comparativas.
- Permitir aceder a resultados por tipo de população, por grande categoria funcional e por serviços para cada uma das dimensões de performance.
- Assinalar casos individuais de doentes que merecem revisão clínica, apoiando assim o processo contínuo de melhoria interna da qualidade assistencial.
- Possibilitar a navegação fácil e rápida pelos resultados nas diversas dimensões de performance e áreas clínicas, podendo detalhar o nível de informação em cada uma das vistas.
- Permitir uma análise mais rápida de alguns fenómenos e evolução dos indicadores através do acesso a informação representada graficamente que complementa a informação em tabela.
- Permitir exportar em qualquer momento toda a informação que está a ser visualizada para Excel e, disponibiliza, total ou parcialmente, os seus conteúdos em diversos suportes físicos (CD/DVD ou dispositivo USB) ou mesmo através da rede informática da instituição.

3. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

3.1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

O problema que se propõe estudar nesta investigação é quais os fatores que podem explicar os valores obtidos na MIF, ou seja, identificar as características dos indivíduos em reabilitação que influenciam positivamente a MIF.

3.2. FINALIDADE DO ESTUDO

Este trabalho de projeto pretende contribuir para o conhecimento mais aprofundado sobre os fatores explicativos dos resultados obtidos em reabilitação em doentes com doença neurológica.

A investigação pretende assim explorar e descrever uma base de dados existente sobre os doentes acima referidos, através de uma análise estatística dos mesmos.

A informação será disponibilizada para possibilitar uma análise posterior no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, através da definição de prioridades e estratégias de atuação adequadas.

Este estudo pretende ainda contribuir para que futuramente se possa responder à seguinte interrogação: qual é o potencial de reabilitação dos doentes com determinado valor obtido na MIF inicial?

3.3. OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivos gerais

- Caracterizar a população em reabilitação no CMRA
- Identificar as características do indivíduo em reabilitação que influenciem positivamente os resultados obtidos na MIF

Objetivos específicos

- Identificar a MIF no *score* motor e *score* cognitivo
- Verificar a evolução da MIF ao longo do tempo
- Identificar diferenças na evolução da MIF nos:

a) Indicadores individuais e demográficos (Idade e género, estado civil, situação ocupacional)

b) Indicadores de prognóstico neurológico (etiologia, localização e extensão da lesão, tempo de evolução)

- Prever a evolução dos pacientes considerando as suas características individuais e neurológicas

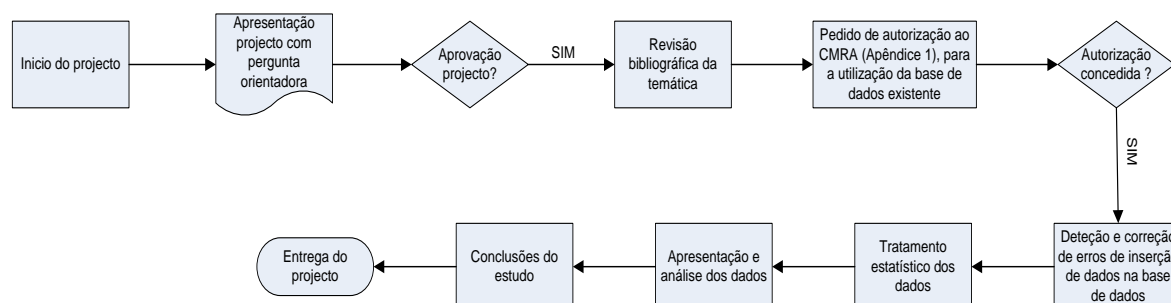
4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Para realizar este trabalho, optou-se por fazer um estudo analítico (pretende-se, não só, descrever as variáveis em estudo, como também, estabelecer relações entre elas, com o intuito de estabelecer relações de causalidade), retrospectivo (colheita de dados sobre doenças que ocorreram no passado) e longitudinal (período de seguimento, mais ou menos longo, dos indivíduos, existem pelo menos dois pontos no tempo em que se colhem dados que permitem estudar as mudanças de estado que ocorreram na população durante o período em que esta foi seguida) (Beaglehole, Bonita e Kjellström, 2003), de todos os episódios de internamento ocorridos no CMRA, entre 2006 e 2011, caracterizados pelo Grupo de Medicina Física e Reabilitação (G-MFR) da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) e avaliados com a MIF.

4.2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O desenho metodológico, deste projeto de investigação, pressupõe que este seja desenvolvido nas seguintes etapas, até alcançar os objetivos propostos:



4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste estudo, a população corresponde a todos os episódios de internamento ocorridos no CMRA entre 2006 e 2011. De acordo com os dados fornecidos pelo CMRA, ocorreram, neste período de tempo 2933 episódios de internamento.

4.3.1. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão neste estudo, prendem-se exclusivamente com a variável idade, uma vez que foram excluídos os episódios de internamento de doentes com idade inferior a 18 anos e idade superior a 85 anos.

Nesta população, existem apenas 20 doentes acima dos 85 anos, o baixo tamanho amostral para os grupos mais idosos provavelmente levaria a que fosse difícil estabelecer conclusões para estes. Por outro lado, existem 266 menores de idade (inferior a 18 anos), uma vez que a Medida de Independência Funcional (MIF) é uma medida comumente aplicada a adultos, ir-se-á apenas considerar os 2647 doentes entre estes dois limites de idades (18 anos e 85 anos).

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Esta base de dados foi construída tendo por base os G-MFR (Anexo 1).

Os G-MFR é um sistema de classificação de doentes e de agrupamento de episódios de internamento em MFR. Este sistema, é uma aplicação que permite o registo de episódios de internamento em MFR, com a introdução de dados de acordo com um conjunto de variáveis. Trata-se de um sistema de informação que, com base nas variáveis recolhidas, permite agrupar em GMFR os episódios de internamento em MFR. Para o agrupamento é determinante a data de nascimento, a data de admissão, o grupo de limitação funcional, o diagnóstico etiológico, as comorbilidades (ou complicações no caso da alta) e a escala de MIF.

As dimensões de performance utilizadas foram:

- Casuística e Complexidade: Caracterizam a população de pacientes internados no Centro, quer em volume quer em natureza.
- Melhoria da Independência Funcional e Eficiência Funcional: Caracterizam o nível de independência funcional dos pacientes e os ganhos motores e cognitivos obtidos com a reabilitação, em termos absolutos e relativos (em função do tempo de internamento).
- Qualidade Assistencial: identificam situações potencialmente evitáveis ao longo do internamento e/ou no momento da alta, em função de uma prestação de cuidados de excelência, relacionadas por exemplo, com a mortalidade, o controle das complicações, as readmissões, as úlceras de pressão e o *status* respiratório.

Assim, este documento divide-se em 8 áreas e 54 itens:

- Informação identificativa (8 itens: N^o utente Serviço Nacional de Saúde (SNS); Nome; N^o Processo; Documento de Identificação; Data de Nascimento; Sexo; Estado Civil; País de Origem/Residência);

- Admissão (10 itens: Instituição; Data de admissão; Data da 1ª avaliação; Proveniência/Instituição; Classe de admissão; Onde vivia antes; Com quem vivia pré admissão; Situação ocupacional pré admissão; Regime de trabalho pré admissão);

- Entidade financeira responsável (1 item: Entidade);

- Informação médica (5 itens: Grupo de limitação funcional- admissão e alta; Diagnóstico etiológico (código CID-9-MC)/Causa externa – A, B e C; Data de início; Comorbilidades (código CID-9-MC) – A a U);

- Necessidades médicas (4 itens: Doente comatoso – sim e não; Doente com delírio – sim e não; Estado da deglutição- admissão e alta; Sinais clínicos de desidratação- admissão e alta);

- Modificadores Funcionais (20 itens: Frequência de perdas de urina – admissão e alta; Frequência de perdas intestinais – admissão e alta; Transferência banheira – admissão e alta; Transferência duche – admissão e alta; Distância percorrida em marcha – admissão e alta; Distância percorrida em cadeira de rodas – admissão e alta; Marcha – admissão e alta; Cadeira de rodas – admissão e alta; Escala de Medida de Independência Funcional; Data de alta; Alta contra opinião médica: sim e não; Interrupção do programa terapêutico: sim e não; Datas de interrupção; Destino após a alta – Instituição/Necessidades de cuidados domiciliários/Alta com apoio de cuidados domiciliários; Com quem vai viver após a alta; Diagnóstico causal em caso de morte (código CID-9-MC); Complicações durante o internamento (código CID-9-MC).

- Indicadores de qualidade (13 itens: Dispneia com exercício – sim e não – admissão e alta; Dispneia em repouso – sim e não – admissão e alta; Dificuldade na tosse e eliminação de secreções – sim e não – admissão e alta; Dor – admissão e alta; Úlceras de pressão – Estadio mais elevado de úlcera presente – admissão e alta/Nº de úlceras presentes- admissão e alta/Comprimento X Largura – admissão e alta/Quantidade de exsudado – admissão e alta/Purulento – admissão e alta/Localização anatómica – direito e esquerdo – admissão e alta/Pontuação final – Úlcera de pressão – admissão e alta; Segurança – Equilíbrio – admissão e alta/Nº total de quedas durante o internamento);

- Ajudas Técnicas (1 item: Ajudas técnicas prescritas – A a G - admissão e alta).

Contempla ainda a informação relativa ao médico assistente, ao médico codificador e ao operador.

Medida da Independência Funcional (MIF) (Anexo 2)

Esta escala, amplamente explicada e fundamentada no estado de arte, foi desenvolvida com o objetivo de documentar o progresso do tratamento de reabilitação, trata-se de uma escala de independência na medida em que quantifica o que o paciente faz, independentemente da sua condição de saúde, sendo composta por 18 itens organizados em duas dimensões, a motora e a cognitiva.

Cada um dos dezoito itens da MIF tem uma cotação máxima de 7, e cotação mínima de 1. O valor 1 corresponde à dependência total e o valor 7 relaciona-se com a realização de tarefas de forma totalmente independente. A cotação total mais elevada é, portanto, de 126 e a mais baixa é de 18. A cotação em sete níveis é fundamental para que as alterações funcionais sejam observadas com uma sensibilidade suficiente.

As duas dimensões da MIF, motora e cognitiva, apresentam valores parcelares. Assim, a dimensão motora apresenta uma cotação total mais elevada de 91 e mais baixa de 13, e a dimensão cognitiva uma cotação total mais elevada de 35 e mais baixa de 5. A soma das duas dimensões corresponde ao valor total máximo e mínimo da MIF.

4.5 VARIÁVEIS

Tendo por base os objetivos definidos para este estudo, e tendo em consideração a base de dados existente no CMRA, revela-se fundamental operacionalizar as variáveis em estudo.

“Operacionalizar um conceito significa defini-lo de maneira que ele possa ser observado e medido” (Fortin, 1999: 217). Através da operacionalização, as variáveis são tratadas de forma a permitirem a sua mensuração.

Quanto à operacionalização das variáveis em estudo, verifica-se que para cada uma delas existe uma explicação elaborada. Desta forma, considera-se pertinente explicar sucintamente algumas variáveis utilizadas nesta investigação para que todos as entendamos da mesma maneira. Deste modo, entenda-se por:

- *Impairment Groups* (Grupo de limitação funcional) – traduz a condição que melhor descreve a razão pela qual o doente foi internado num programa de MFR;

- *Rehabilitation Impairment Categories* (Grandes categorias funcionais) - a partir da informação relativa aos *impairment groups* (Grupo de limitação funcional), os episódios são

agrupados em *Rehabilitation Impairment Categories* – RIC, que se constituem como grandes categorias de causas clínicas que terão levado ao internamento do doente num programa de MFR;

- Diagnóstico etiológico - problema etiológico que levou ao *impairment group* pelo qual o doente se encontra a receber cuidados de MFR – Internamento. São codificados com a *International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM);

- Comorbilidades – condição ou condições específicas do doente, pré-existentes ou presentes na data de admissão na unidade de MFR – I que, para além do diagnóstico etiológico ou do *impairment group*, também afetam a saúde do doente. São codificadas com a ICD-9-CM;

- Medida Independência Funcional (MIF) – Desenvolvida com o objetivo de medir o nível de independência dos pacientes e o progresso do tratamento de reabilitação. É uma medida *standard* que reflete o tipo e nível de ajuda necessária para uma pessoa executar atividades da vida diária. Avaliação da independência funcional na admissão e da alta;

- *Casemix Group* (CMG) (Grupo de MFR) – Sistema de Classificação de pacientes em Reabilitação, composto por 100 Grupos de pacientes, sendo cada unidade homogênea de produção (episódio de internamento) classificado com um único CMG. As variáveis necessárias à classificação são o *score* motor e cognitivo da MIF, idade, sexo e comorbilidades.

Considerando as RIC, *score* motor e cognitivo da MIF e a idade, os doentes são agrupados no CMG respectivo, ao qual é atribuído um peso relativo de acordo com o respectivo consumo de recursos.

4.6. TÉCNICA DE RECOLHA E DE TRATAMENTO DE DADOS

Após a autorização do CMRA para a utilização da base de dados, foi feita a verificação de cada variável com o intuito de detetar a existência de possíveis lacunas que colocassem em causa a utilização das mesmas.

Começou-se por ler os dados, verificando que esta base de dados compreende 2933 pacientes, estando disponíveis 68 variáveis sobre cada um destes. Existem inúmeros pacientes para os quais não existem algumas das informações, e numa primeira passagem, foram detetados vários erros grosseiros de introdução de dados.

A fim dos dados serem estatisticamente tratados e depois de selecionadas as variáveis para estudo (sexo, idade, estado civil, ocupação, etiologia, tempo de evolução, tempo de internamento, *score* motor e *score* cognitivo), procedeu-se à inserção dos dados no computador, exportados para um ficheiro .txt para serem depois importados para o *software* estatístico R, tendo sido posteriormente submetidos a uma análise estatística.

Assim, para alcançar os objetivos definidos, para além da estatística descritiva realizada, efetuaram-se análises multivariadas, recorrendo à modelação dos fatores, mais concretamente aos modelos aditivos generalizados.

Podemos tentar modelar a evolução na MIF (diferença entre o *score* na alta e na admissão) em função das variáveis disponíveis, nomeadamente Idade, Sexo, Estado Civil, DAI, GMFRC e TDI.

Uma vez que esperamos relações não lineares para algumas destas variáveis, optamos por usar modelos aditivos generalizados (Wood, 2006).

Como a variável resposta era contínua e podia tomar valores positivos (melhora na MIF) ou negativos (retrocesso na MIF), optámos por uma variável Gaussiana⁷ com função de ligação identidade. Os modelos foram ajustados recorrendo ao *package* mgcv no *software* R (R Development Core Team, 2012).

⁷ Mais detalhes sobre o uso de GAM pode ser obtidos em Wood (2006).

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos serão apresentados de acordo com os objetivos do estudo, seguindo a ordem: caracterização da população, identificação da MIF (score motor e score cognitivo), evolução da MIF ao longo do tempo e relação da MIF com indicadores individuais e demográficos e indicadores de prognóstico neurológico e modelação dos fatores que influenciam a evolução da MIF.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Esta base de dados compreende 2933 pacientes, estando disponíveis 68 variáveis sobre cada um destes.

Na figura 1 representa-se a distribuição das idades dos pacientes. No gráfico da esquerda representa-se a totalidade da população, no gráfico da direita a população em estudo (2647 pacientes entre os 18 e os 85 anos inclusivé).

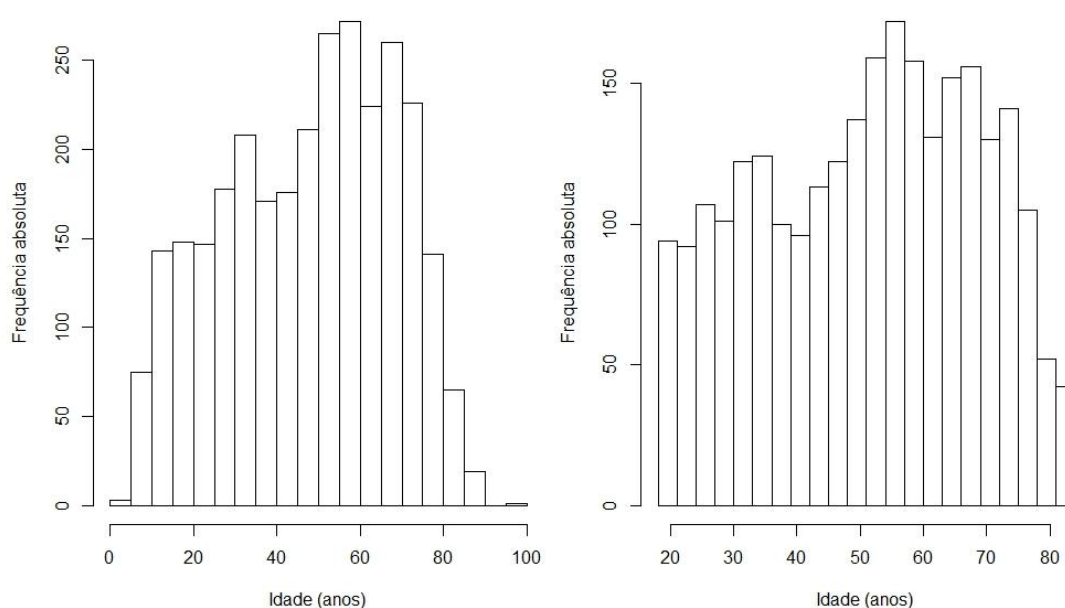


Figura 1: Distribuição das idades dos pacientes

Na figura 2 representamos caixas-com-bigodes das idades por sexo. Apesar de não serem evidentes grandes diferenças, do ponto de vista estatístico, as mulheres (média de idades: 50.3 ± 0.6 anos) são significativamente mais velhas (Pvalue:0, teste de t) que os homens (média de idades: 46.6 ± 0.4 anos).

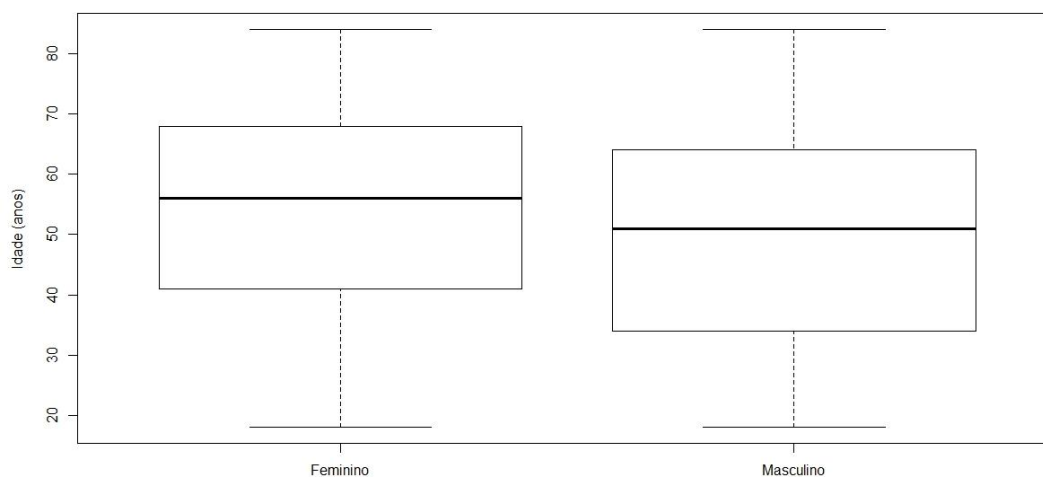


Figura 2: Idade em função do sexo

No que diz respeito ao estado civil (figura 3), é notória a preponderância de pacientes casados, seguidos de solteiros.

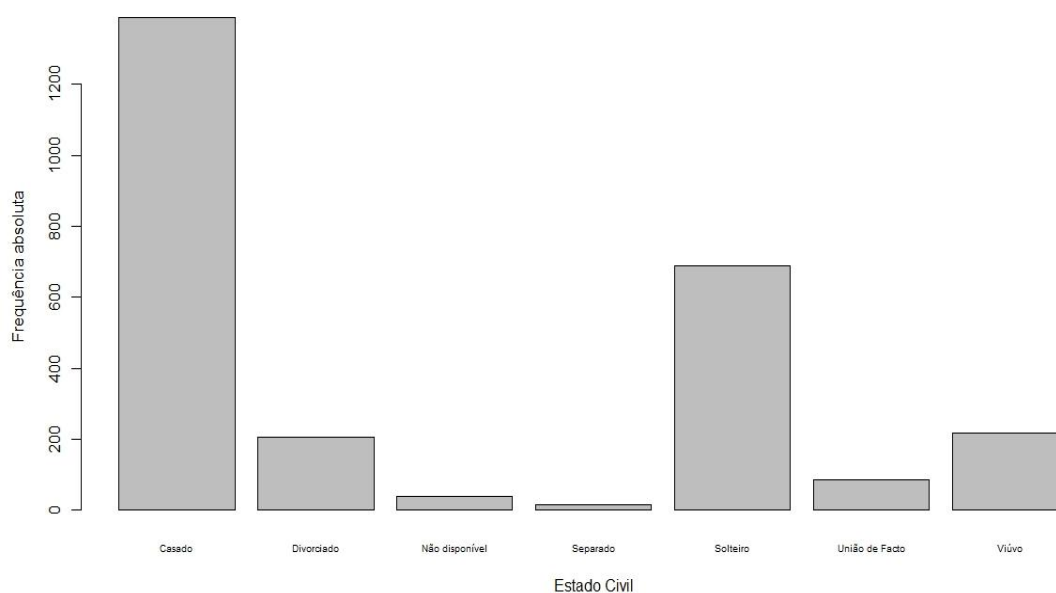


Figura 3: Estado civil

No que diz respeito à ocupação dos pacientes, podemos ver na figura 4 que a maioria dos pacientes estão empregados quando são admitidos no CMRA, verificamos também a existência de muitos reformados, quer por incapacidade, quer por idade. Por outro lado, note-se mais uma vez que há duas classes de doentes que não têm ocupação. Estes correspondem a erros de codificação ou ausência de código.

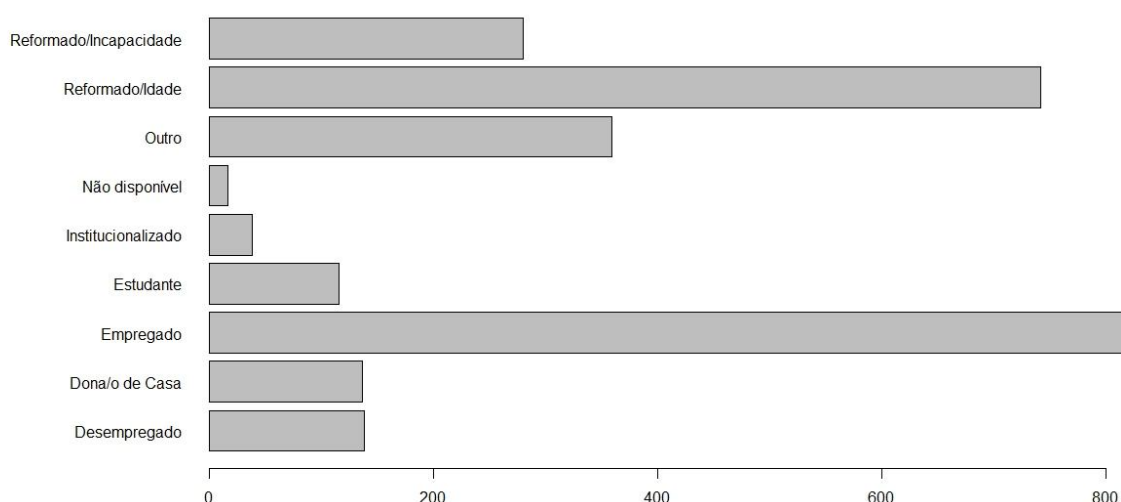


Figura 4: Ocupação

Para analisar a evolução da MIF em função das causas é preciso começar por categorizar os pacientes por grandes grupos, para que seja possível fazer uma análise em cada um deles. Para isso, foi construída uma nova variável, chamada GMFRc, com base na informação contida no campo GMFR.

Assim sendo, foram consideradas as classes:

- AVCm - pacientes com a indicação “AVC Motor”
- LCT - pacientes com a indicação “Lesão Cerebral Traumática”
- LCnT - pacientes com a indicação “Lesão Cerebral Não Traumática”
- LET - pacientes com a indicação “Lesão Espinal Traumática”
- LEnT - pacientes com a indicação “Lesão Espinal Não Traumática”
- Neu - pacientes com a indicação “Neurológico”
- Misc - pacientes com a indicação “Miscelâneos”
- Outr - pacientes com qualquer outra indicação

Posto isto, podemos ver quantos pacientes temos em cada uma destas classes (Figura 5). Verificamos que a classe que apresenta maior número de pacientes é a classe “AVCm” seguida da classe “Lesão Espinal Traumática”.

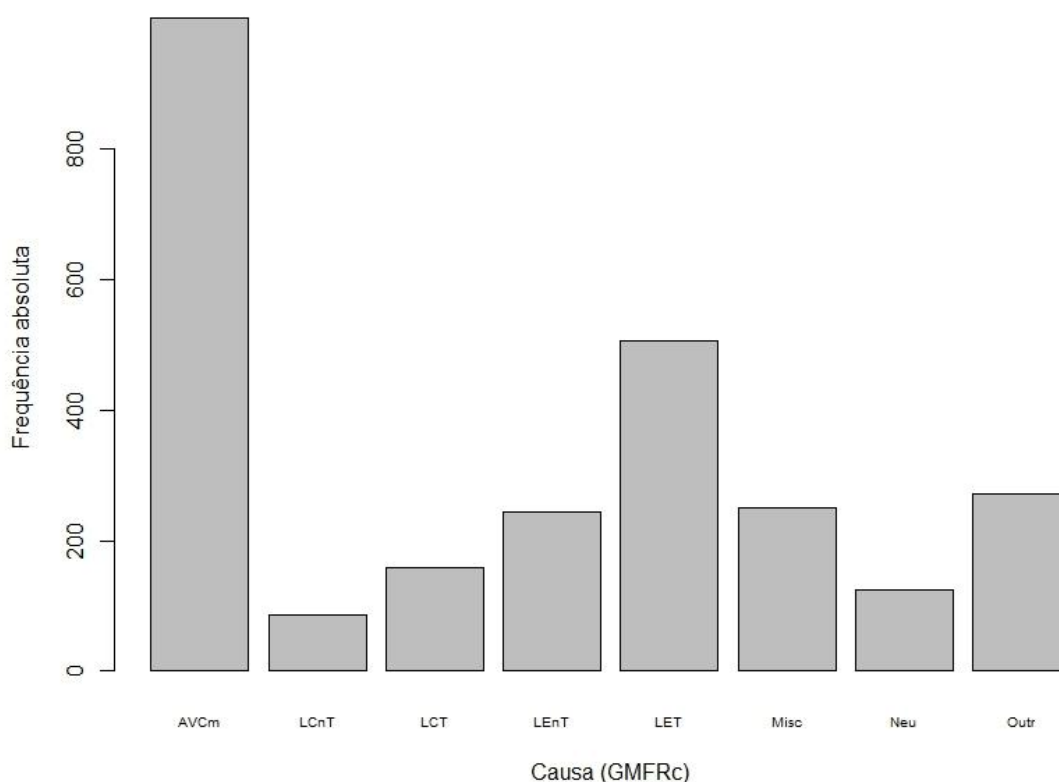


Figura 5: Distribuição dos pacientes por causa de internamento

Na figura 6, podemos observar a distribuição dos pacientes em função do tempo de evolução, ou seja, dias entre a admissão no CMRA e o início da doença (DAI).

Existem 23 pacientes para os quais o valor da DAI não está disponível. Além disso, o mais simples é restringir a análise aos pacientes cuja DAI foi positiva (os negativos são necessariamente erros de registo) e aos com menos de 1000 dias de DAI (a cauda da distribuição é muito longa, mas apenas compreende 70 pacientes).

Como podemos observar, a maior concentração de doentes situa-se entre os 50 e os 100 dias de evolução.

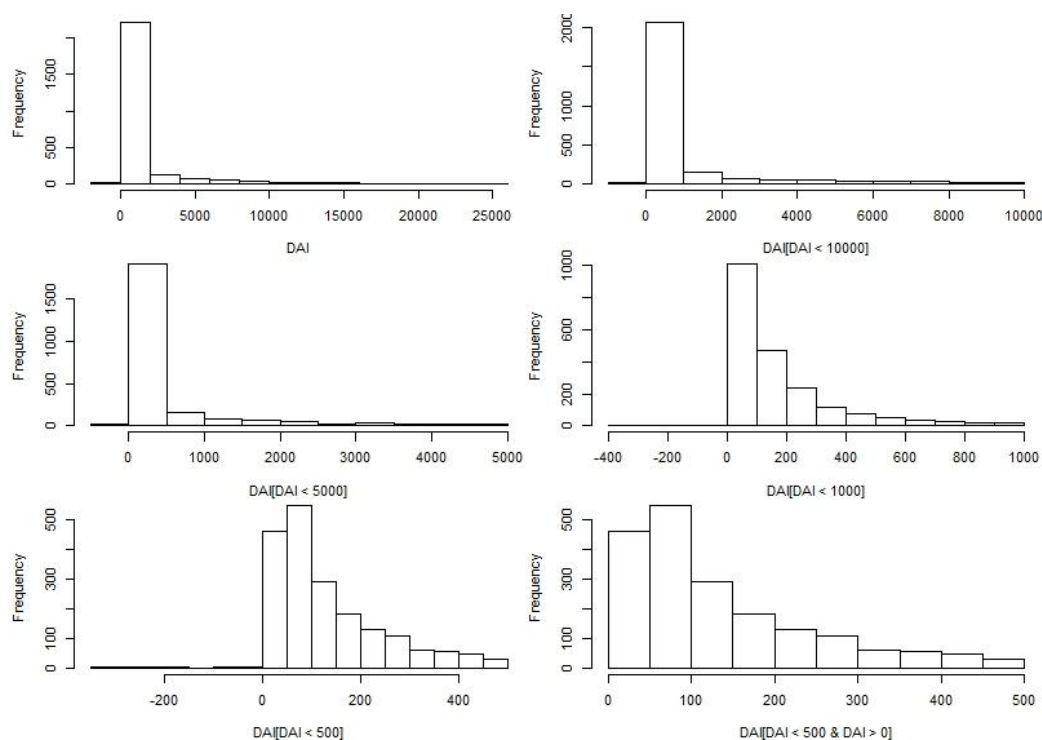


Figura 6: Distribuição dos pacientes em função do tempo de evolução (DAI)

Em relação aos tempos de internamento (figura 7), podemos ver que existe variabilidade considerável, com um tempo médio de internamento de 85.8 ± 1.1 dias.

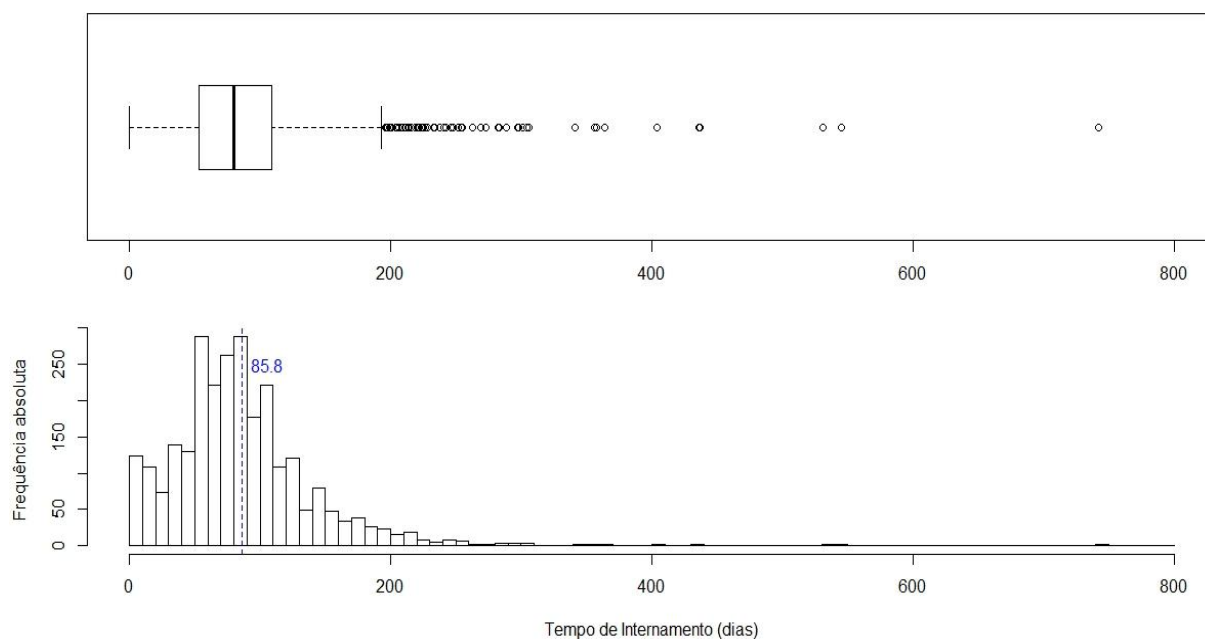


Figura 7: Duração de internamento

5.2 EVOLUÇÃO DA MIF E EVOLUÇÃO DA MIF AO LONGO DO TEMPO

Podemos começar por olhar para os dados da evolução da MIF, no que diz respeito ao *score* motor e cognitivo (Figura 8).

Uma das características mais salientes da distribuição é que a classe modal é no 0, ou seja, pacientes sem alteração ao nível da MIF. Não deixa de ser curioso que a reabilitação parece não ter efeito para uma parte considerável dos pacientes, 274 em 2615 (com informação disponível) para o *score* motor, e 1548 em 2619 (com informação disponível) para o *score* cognitivo.

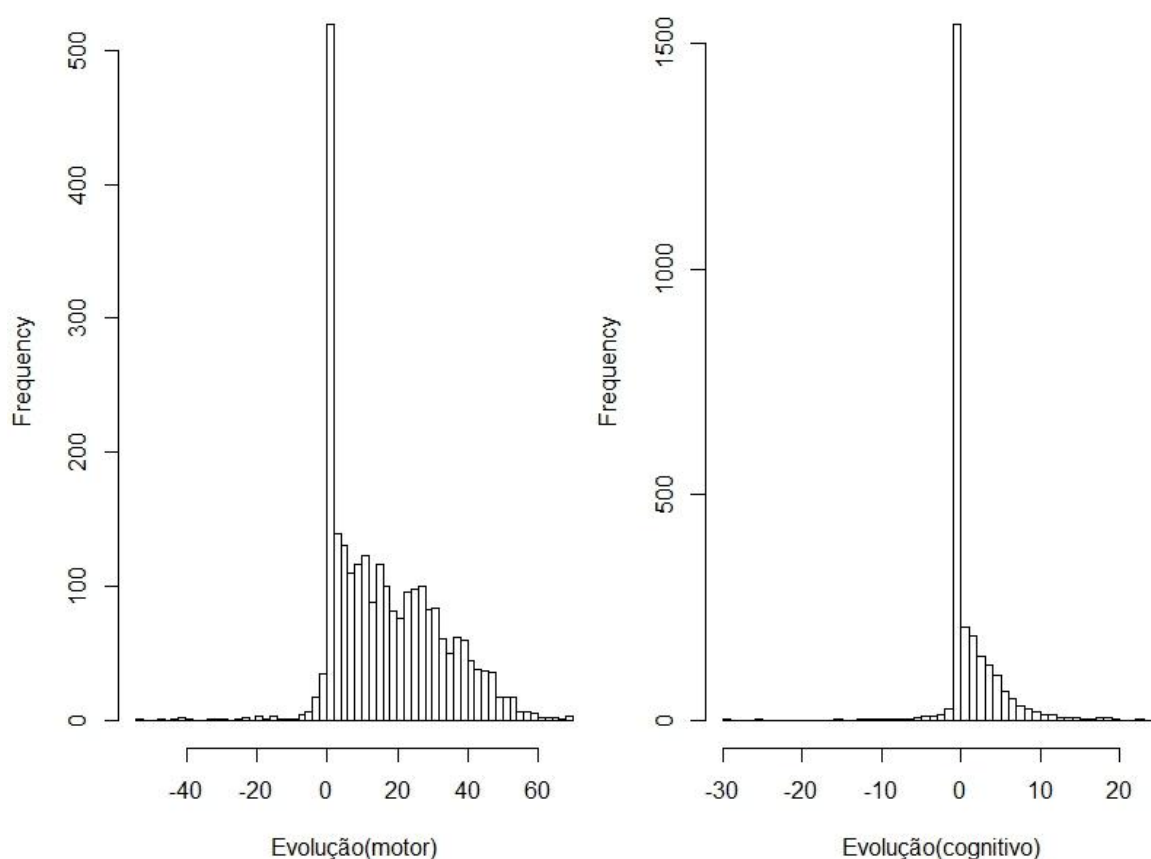


Figura 8: Evolução da MIF para o *score* motor e cognitivo

Podemos ainda ver se ao longo do tempo tem havido alterações na MIF, em função do ano de admissão e do ano de alta (Figura 9).

Excepto o primeiro ano em que parece que houve melhorias mais acentuadas, não é muito óbvio que hajam diferenças claras.

Podemos tentar perceber porque algumas das caixas com bigodes aparentam não ter dispersão. Esse facto está relacionado com os 50% centrais dos dados, que dão a largura das caixas, serem compostos exclusivamente por pacientes sem evolução.

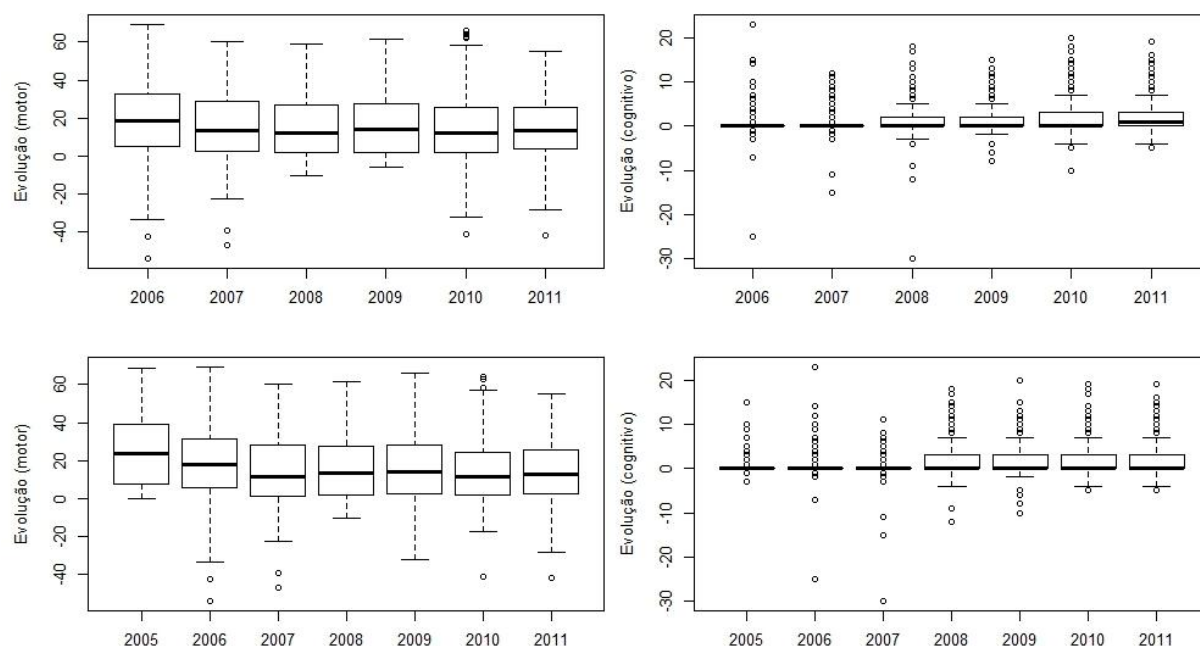


Figura 9: Evolução da MIF em função do ano de alta (primeira linha) e do ano de admissão (segunda linha).

Na tentativa de perceber melhor os dados e esse fenómeno, tomemos como exemplo, os anos de 2006, 2007 e 2010 em relação ao score cognitivo (Figura 10). Como se pode ver, o ano de 2010 apresenta uma estrutura diferente, enquanto que nos outros anos há uma grande quantidade de pacientes com ausência de evolução.

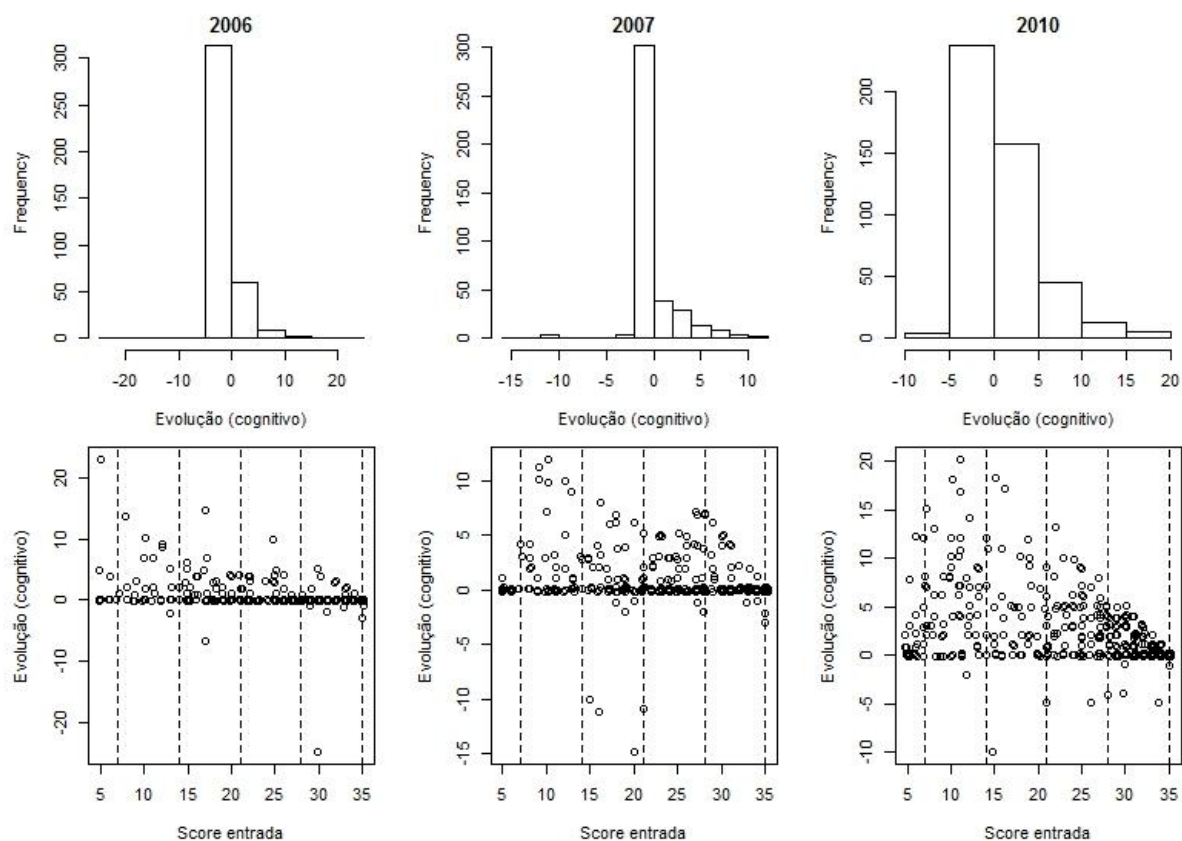


Figura 10: Evolução da MIF nos anos 2006, 2007 e 2010 (score cognitivo) em função da alta (primeira linha) e da admissão (segunda linha).

5.3 RELAÇÃO DA MIF COM OS INDICADORES EM ESTUDO

Neste capítulo iremos apresentar uma análise exploratória dos dados, no sentido de perceber qual a relação da MIF com os diferentes indicadores (sexo, idade, estado civil, ocupação, tempo de evolução e tempo de internamento).

Podemos tentar perceber se há uma diferença entre sexos na evolução da MIF com o internamento (*score* motor e *score* cognitivo), o que se encontra representado na figura 11.

Aparentemente, tal não se verifica, mas é de notar que enquanto que em média o *score* motor é melhorado em cerca de 15 pontos, o *score* cognitivo, em média, quase não se altera.

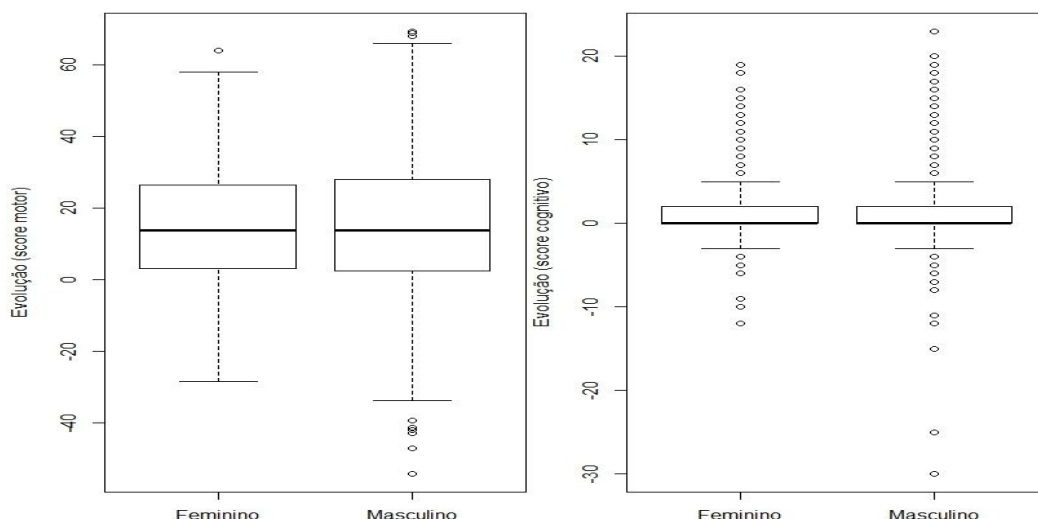


Figura 11: Diferença entre sexos nos scores motor (à esquerda) e cognitivo (à direita) na admissão e na alta.

Por outro lado, podemos ver como se comporta a MIF, bem como a diferença na MIF (*score motor* e *score cognitivo*) entre o internamento e a alta, em função da idade (figura 12).

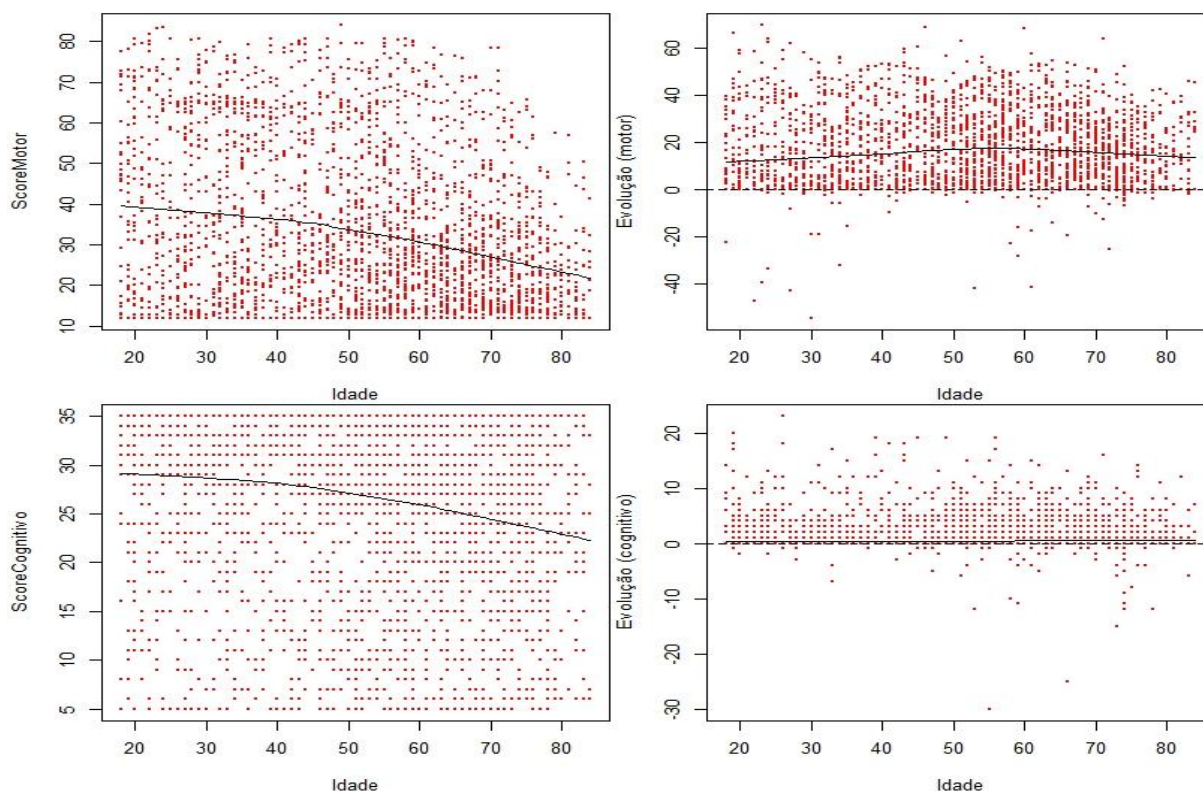


Figura 12: MIF à admissão (lado esquerdo) e diferença na MIF entre admissão e alta (lado direito), em função da idade. Na primeira linha *score motor*, na segunda *score cognitivo*.

Como esperado, os *scores* são mais baixos à medida que a idade aumenta. Podemos ainda verificar que o maior progresso para o *score* motor é atingido para pacientes com uma idade avançada (cerca de 55 anos), enquanto que no *score* cognitivo quase não há melhorias (na realidade, para a maior parte dos doentes, a alteração é nula).

Podemos também procurar diferenças na MIF em função do estado civil (Figura 13). Como se pode verificar, não parecem haver grandes diferenças entre estados, no entanto, verifica-se um *score* motor mais baixo na classe “solteiro” e mais alto na classe “não disponível”. Em relação ao *score* cognitivo, não parecem existir diferenças.

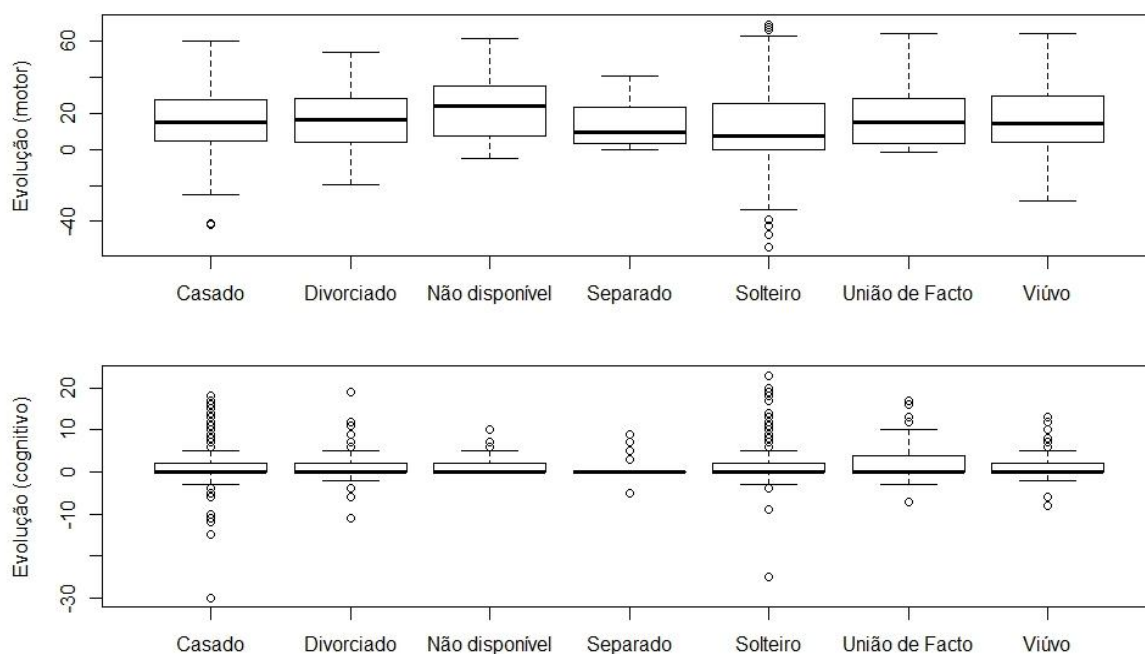


Figura 13: Evolução da MIF em função do estado civil.

Podemos também procurar diferenças na MIF em função da ocupação (Figura 14).

Mais uma vez podemos verificar que não parecem haver grandes diferenças entre as diferentes ocupações, no entanto, verifica-se um *score* motor mais baixo na classe “institucionalizado” e mais alto na classe “empregado”. Em relação ao *score* cognitivo, também mais uma vez, não parecem existir diferenças.

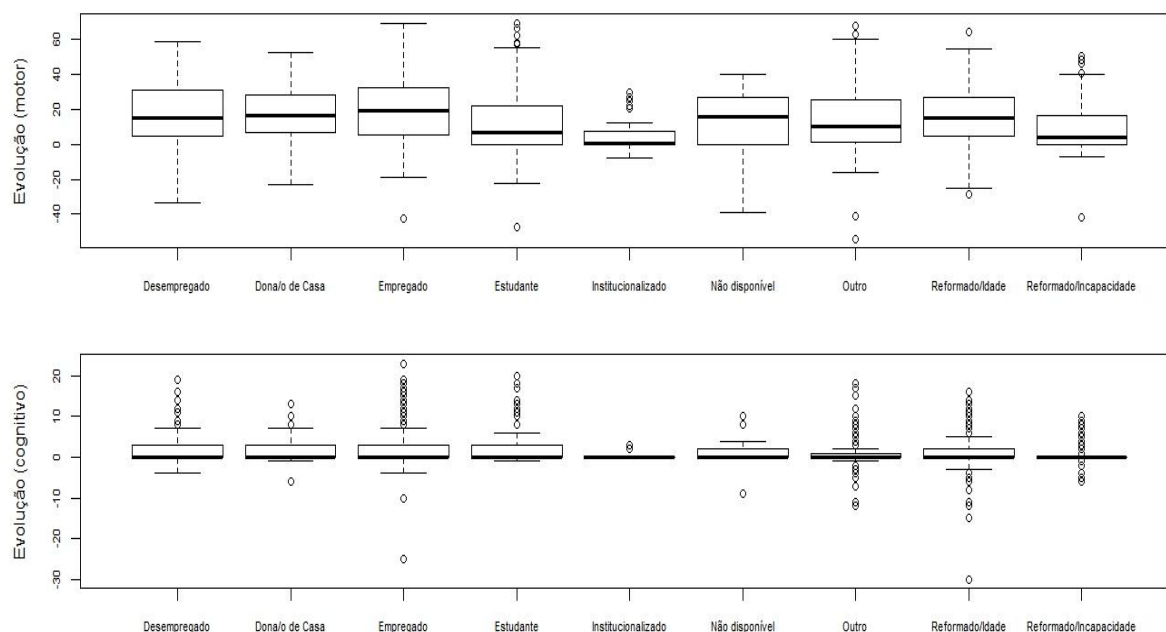


Figura 14: Evolução da MIF em função da ocupação.

Na figura 15, podemos observar os valores da MIF (evolução: diferença entre MIF na alta e na admissão), quer motora quer cognitiva, em função do tempo de evolução (DAI). Note-se que da esquerda para a direita se vai reduzindo a zona do gráfico onde se está a focar.

Na análise desta figura, podemos observar que, quer para o score motor quer para o cognitivo, à medida que o tempo de evolução aumenta diminui a evolução ocorrida na MIF.

Parece existir um tempo de evolução mais propício à reabilitação, que ocorre por volta dos 60/90 dias. Depois deste tempo a linha média de evolução tem uma tendência decrescente até aos 500 dias tendendo depois a estabilizar.

Podemos também ver qual a evolução na MIF em função do número de dias de internamento (Figura 16).

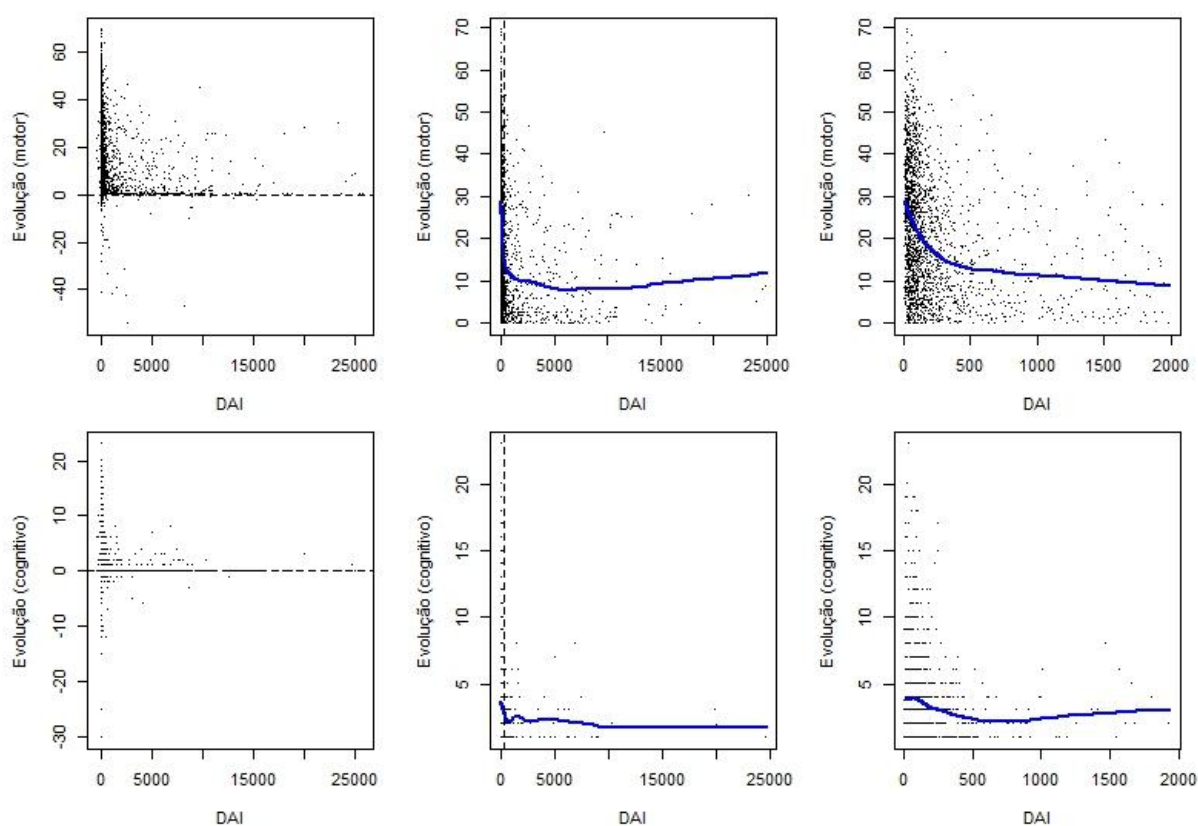


Figura 15: Evolução da MIF em função da DAI (score motor e score cognitivo).

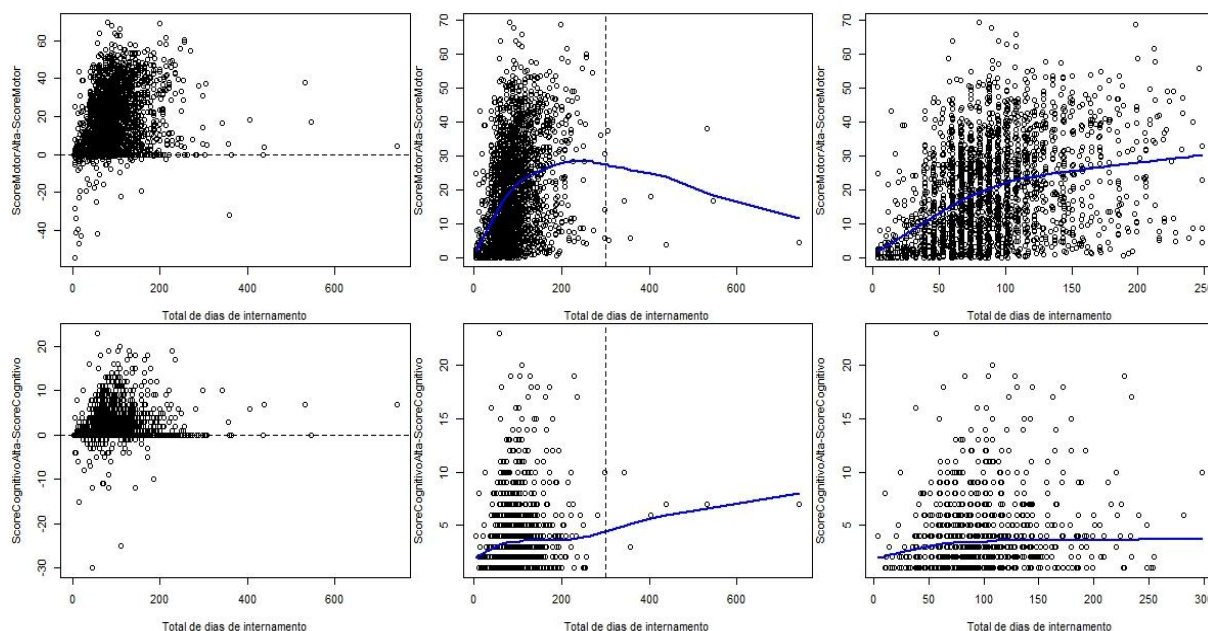


Figura 16: Evolução da MIF em função do TDI (score motor e score cognitivo).

A figura 16 pode ser lida da seguinte forma:

- em cima: à esquerda MIF score motor, para todos os adultos, ao centro linha de corte e à direita MIF score motor, para os que não pioraram (os que pioraram, podem ser interpretados à parte) e que não excederam 250 dias de internamento.

- em baixo: à esquerda MIF score cognitivo, para todos os adultos, ao centro linha de corte, à direita MIF score cognitivo, para os adultos que não pioraram (os que pioraram, podem ser interpretados à parte) e que não excederam 300 dias de internamento.

Na análise deste gráfico, verificamos que até aos 150 dias de internamento a curva da média é ascendente aplanando após este período para o score motor e que para o score cognitivo, o período de evolução significativa é até aos 60 dias de internamento.

Podemos também procurar diferenças na MIF em função da causa (Figura 17).

Podemos verificar que não parecem haver grandes diferenças entre as diferentes causas de internamento, no entanto, verifica-se um score motor mais baixo na classe “miscelâneos” e mais alto na classe “AVCm”. Em relação ao score cognitivo, não parecem existir diferenças.

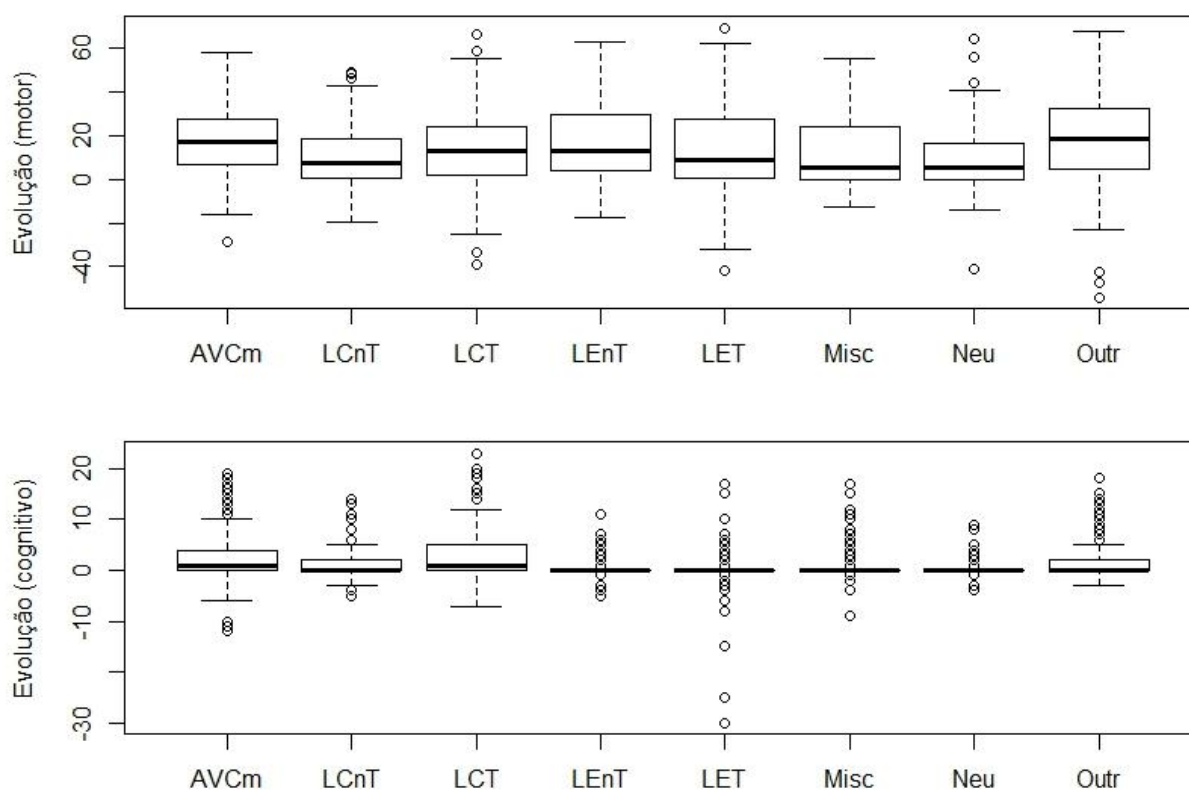


Figura 17: Evolução da MIF em função da causa.

5.4 MODELAÇÃO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A EVOLUÇÃO DA MIF

O modelo para a evolução no score motor (tabela 1 e 2) e no score cognitivo (tabela 3 e 4) apresentam padrões interessantes, como se pode ver nas tabelas 1 e 3 para as variáveis qualitativas (sexo, Estado Civil e GMFRc) e nas tabelas 2 e 4 para as variáveis quantitativas (Idade, DAI e TDI). A tradução gráfica das tabelas 2 e 4 aparece representada na figura 18.

Na análise destes resultados, verificamos que a MIF tem uma relação estatisticamente significativa nas variáveis qualitativas estado civil “não disponível”, e nas causas de internamento GMFRcLCnT e GMFRcOutr, para o *score* motor e em todas as causas de internamento no *score* cognitivo.

Em relação às variáveis quantitativas (Idade, DAI e TDI), verificamos que a evolução da MIF, quer no *score* motor quer no *score* cognitivo, apresentam um valor muito significativo.

Para ilustrar os resultados, na tabela 5, apresentamos a evolução esperada para a MIF para 4 pacientes do sexo feminino e 4 do sexo masculino com diferentes características.

	Estimativa do parâmetro	Erro padrão	Valor-t	Significância
Ordenada na origem	15.61141	0.63599	24.547	< 2e-16 ***
SexoMasculino	0.55366	0.55473	0.998	0.31834
Divorciado	-0.10970	1.00130	-0.110	0.91277
Não disponível	4.96462	2.19268	2.264	0.02365 *
Separado	-4.33688	3.22453	-1.345	0.17876
Solteiro	0.04309	0.83781	0.051	0.95899
União de Facto	-1.03729	1.48704	-0.698	0.48552
Viúvo	1.15078	1.01446	1.134	0.25674
GMFRcLCnT	-4.54623	1.51420	-3.002	0.00270 **
GMFRcLCT	-1.81444	1.21638	-1.492	0.13591
GMFRcLEnT	0.87084	0.96373	0.904	0.36628
GMFRcLET	0.31545	0.80556	0.392	0.69540
GMFRcMisc	0.99233	1.01360	0.979	0.32767
GMFRcNeu	2.26232	1.45011	1.560	0.11886
GMFRcOutr	2.98441	0.94150	3.170	0.00154 **

Signif codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Tabela 1: Relação do score motor com as variáveis sexo, estado civil e GMFRc.

	edf	Ref edf	F	Valor-p
s(Idade)	7.223	8.240	4.004	8.43e-05 ***
s(DAI)	8.772	8.983	32.349	< 2e-16 ***
s(TDI)	7.784	8.556	45.903	< 2e-16 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Tabela 2: Relação do score motor com as variáveis idade, tempo de evolução e tempo de internamento.

	Estimativa do parâmetro	Erro padrão	Valor-t	Significância
Ordenada na origem	2.27185	0.14094	16.119	< 2e-16 ***
SexoMasculino	-0.08723	0.12486	-0.699	0.484864
Divorciado	-0.12623	0.22446	-0.562	0.573926
Não disponível	0.29898	0.49381	0.605	0.544933
Separado	-0.25109	0.72537	-0.346	0.729256
Solteiro	0.03512	0.17690	0.199	0.842634
União de Facto	0.35720	0.33458	1.068	0.285798
Viúvo	-0.14648	0.22643	-0.647	0.517736
GMFRcLCnT	-0.75025	0.34141	-2.198	0.028072 *
GMFRcLCT	0.56034	0.27225	2.058	0.039675 *
GMFRcLEnT	-1.85966	0.21668	-8.583	< 2e-16 ***
GMFRcLET	-1.86276	0.18023	-10.335	< 2e-16 ***
GMFRcMisc	-1.07571	0.22765	-4.725	2.42e-06 ***
GMFRcNeu	-1.09171	0.32563	-3.353	0.000812 ***
GMFRcOutr	-0.66209	0.21069	-3.142	0.001694 **

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Tabela 3: Relação do score cognitivo com as variáveis sexo, estado civil e GMFRc.

	edf	Ref edf	F	Valor-p
s(Idade)	1.03	1.059	13.49	2e-04 ***
s(DAI)	8.22	8.824	8.04	1.51e-11 ***
s(TDI)	4.02	5.008	11.77	2.75e-11 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Tabela 4: Relação do score cognitivo com as variáveis idade, tempo de evolução e tempo de internamento.

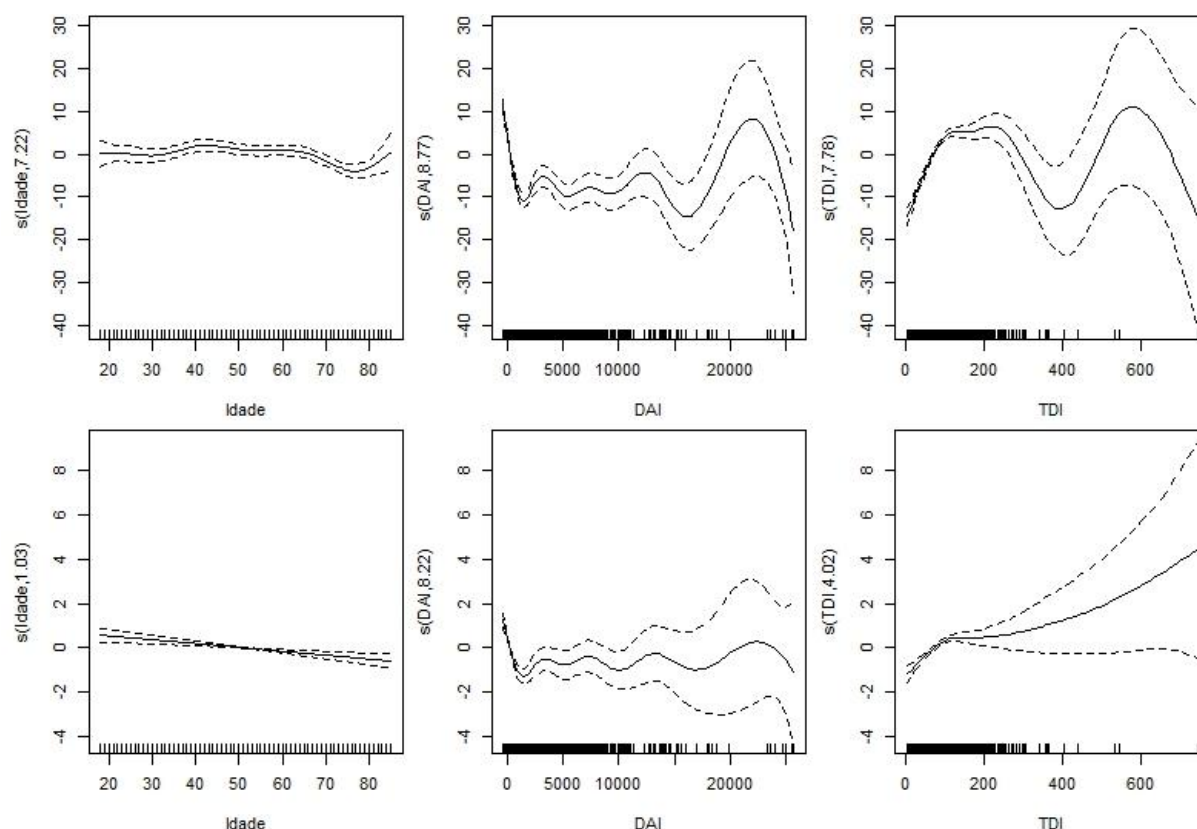


Figura 18: Evolução da MIF em função das variáveis quantitativas Idade, DAI e TDI, para o score motor (primeira linha) e cognitivo (segunda linha).

	Idade	Sexo	EstCivil	DAI	GMFRc	TDI	evomot	evocog
1	18.00	Feminino	Casado	10.00	LCT	10.00	6.10	2.90
2	33.00	Feminino	Solteiro	45.00	LCnT	45.00	10.40	1.90
3	55.00	Feminino	Casado	90.00	LCT	90.00	21.30	3.40
4	80.00	Feminino	Solteiro	180.00	LCnT	180.00	15.30	1.70
5	18.00	Masculino	Casado	10.00	LCT	10.00	6.60	2.80
6	33.00	Masculino	Solteiro	45.00	LCnT	45.00	10.90	1.80
7	55.00	Masculino	Casado	90.00	LCT	90.00	21.90	3.30
8	80.00	Masculino	Solteiro	180.00	LCnT	180.00	15.80	1.60

Tabela 5: Evolução esperada para a MIF para 4 pacientes do sexo feminino e masculino com diferentes características

6. DISCUSSÃO

No presente estudo foi analisado o comportamento da MIF tendo em consideração diferentes variáveis.

Nesta amostra, que compreende 2647 doentes, verifica-se que a maior percentagem de doentes se encontram entre os 50 e os 60 anos, voltando a subir na idade dos 70/75 anos, apresentando as mulheres uma média de idades de 50.3 anos e os homens uma média de idades de 46.6 anos. Este aspecto pode ser encontrado em vários estudos, como o de Carr & Shepherd (2008), em que referem que cerca de 25% dos AVC's ocorrem abaixo da idade de 65 anos e cerca de 50% abaixo dos 75.

Quando fizemos a caracterização da amostra por estado civil, verificamos que a maior parte dos pacientes estão casados quando iniciam o seu processo de reabilitação. Este facto revela-se importante, no sentido em que, conforme referido por Peña-Casanova & Pamies (2005) e McCaffrey (2010), pacientes que recebem algum apoio de membros família e/ou amigos têm um prognóstico mais favorável do que os que não têm esse apoio e que uma família que providencia suporte afectivo e emocional e oferece uma estimulação apropriada, permite que o individuo possa desempenhar novamente o seu papel no seio familiar.

No que diz respeito à ocupação dos pacientes, podemos ver que a maioria dos pacientes estão empregados quando são admitidos no CMRA, verificamos também a existência de muitos reformados, quer por incapacidade, quer por idade. Este facto é corroborado por Ferro e Pimentel (2006), que afirmam que a incidência de lesão cerebral ocorre em idades abaixo dos 65 anos, isto é, na chamada idade produtiva.

Ainda na caracterização da nossa amostra verificamos, em relação às causas de internamento, que esta segue a linha verificada por vários estudos desta área, ou seja, que a causa mais frequente de internamento e incapacidade são os AVC's seguidos das lesões vertebro-medulares.

No que concerne à etiologia, Mac-Kay *et al* (2003) relatam resumidamente que as causas mais frequentes de lesão neurológica são de origem vascular, infecciosa, traumática, anóxica, metabólica, idiopática, neoplásica, degenerativa e desmielinizante.

A Direção Geral de Saúde (2001), refere que os AVC's são um grave problema de saúde pública em Portugal, sendo a principal causa de morte no país e a principal causa de

incapacidade nas pessoas idosas. O mesmo refere Ferro & Pimental (2006) que os AVC são uma das afecções neurológicas agudas mais comuns e são também uma das patologias mais frequentes como causa de internamento hospitalar.

Para Faria (2006), a taxa de incidência das lesões medulares encontrada foi de 5,8/100 000 habitantes, sobrevivendo 2,5/100 000 habitantes.

Quando se foi investigar a distribuição da amostra por tempo de evolução, ou seja, o tempo que decorre desde a instalação dos sintomas até ao início da intervenção terapêutica, verificou-se que existe maior concentração de doentes entre os 50 e os 100 dias de evolução, altura em que iniciam o seu processo de reabilitação.

Desta forma, a análise mostra que à medida que o tempo de evolução aumenta diminui a evolução ocorrida na MIF. Concluiu-se assim, que parece existir um tempo de evolução mais propício à reabilitação, que ocorre por volta dos 60/90 dias. Depois deste tempo a linha média de evolução tem uma tendência decrescente até aos 500 dias tendendo depois a estabilizar.

Este resultado não é estranho aos estudiosos, que referem que o tempo de evolução é o fator com maior influência na recuperação de um doente, e consequentemente no seu prognóstico. Benson e Ardila (1996) afirmam que existe maior potencial de recuperação nos dois a três meses, após a lesão, sendo que este prazo se pode estender até 12 meses.

Em relação aos tempos de internamento verificou-se que existe uma variabilidade considerável, com um tempo médio de internamento de 85.8 dias.

Para Ramires (1997) “80% dos doentes que sofreram um AVC atingem o melhor nível funcional às seis semanas, 90% atingem-no às 12,5 semanas (3 meses). Não é de esperar grande melhoria funcional ou neurológica após os 3 meses, pois só 5% dos doentes farão algum progresso a partir desta altura”. Já Leal, Fonseca e Farrajota (2002), referem que nos primeiros três meses pós AVC é de notar uma melhoria mais acentuada ao nível da recuperação espontânea.

Como referem Jacobovicz e Cupello (1996) e Haynes e Pindzolla (1998) quanto ao início da intervenção e ao tempo de evolução, quando a reabilitação é iniciada antes dos seis meses de evolução demonstra maiores probabilidades de evolução.

Na tentativa de relacionar a MIF com o género, verificou-se que a evolução ocorrida é indiferente do género feminino ou masculino. Este aspecto vem referenciado por alguns autores como um aspecto que tem impacto no prognóstico referindo que a organização funcional cerebral das capacidades verbais e visuo-espaciais, diferem quanto ao sexo, pois no sexo feminino as capacidades verbais e visuo-espaciais estão representadas bilateralmente pelo que as mulheres apresentam melhor prognóstico (Peña-Casanova & Pamies, 2005). Estudos mais recentes, Chapey (2008), referem que atualmente se defende a ideia de que este aspecto não influencia diretamente o prognóstico

Quando se tentou perceber como se comporta a MIF, bem como a diferença na MIF (*score* motor e *score* cognitivo) entre o internamento e a alta, em função da idade, verificou-se, como esperado, que os *scores* são mais baixos à medida que a idade aumenta. Verificamos também que o maior progresso para o *score* motor é atingido para pacientes com uma idade avançada (cerca de 55 anos), enquanto no *score* cognitivo quase não há uma melhora.

Este aspecto aparece espelhado num estudo realizado por Taylor (1992, citado por Benson e Ardila, 1996) que demonstrou que doentes com lesão neurológica de meia-idade (50-64 anos) apresentam melhor recuperação do que doentes mais velhos (65-84 anos).

Considera-se que o prognóstico piora à medida que a idade avança, quando se compara um estado neurológico semelhante, mais devido à resposta fisiopatológica que o Sistema Nervoso Central (SNC) de um indivíduo jovem pode dar, do que pelo aumento da incidência de complicações de outros parâmetros clínicos num adulto mais velho (Junqué i Plaja *et al*, 2001). Assim, este fator é importante no que respeita à plasticidade cerebral, pois quanto mais jovem for o indivíduo, mais favorável será a evolução do caso e regeneração da área afectada.

No presente estudo não foram encontradas diferenças na evolução da MIF (*score* motor e *score* cognitivo) em relação ao estado civil e à ocupação. Este aspeto não parece estar de acordo com a literatura consultada que, como já foi referido, refere que estes aspetos parecem influenciar de forma positiva a reabilitação. Não se encontrando explicação para este facto, pode-se inferir que a população alvo apresenta patologias de alguma/muita gravidade, que parece estar a diluir estes aspectos na análise do impacto que estes poderiam ter no processo de evolução.

Em relação à causa de internamento, etiologia, podemos verificar que não parecem haver grandes diferenças entre as diferentes causas de internamento, no entanto, verifica-se um *score* motor mais baixo na classe “miscelâneos” e mais alto na classe “AVCm”. Em relação ao *score* cognitivo, não parecem existir diferenças. Este aspecto não é corroborado por Basso (2003) que aponta que geralmente, a etiologia do tipo vascular, isto é, os AVC’s, são o motivo mais comum na ocorrência de uma lesão neurológica, sendo também a etiologia de pior prognóstico quando comparada com os TCE’s, no entanto a etiologia com pior prognóstico é a das doenças degenerativas e desmielinizantes.

Heinemann *et al* (1993) realizaram um estudo para dimensionar a MIF e determinar a similaridade das medidas da escala em todos os grupos de incapacidade e concluíram que frequência de desajuste entre os pacientes e o desempenho das escalas, variou entre os grupos de incapacidade, mas foi aceitável, o que está de acordo com os dados encontrados neste estudo.

No final desta análise exploratória, tentou-se perceber quais os fatores que influenciavam a MIF, e verificou-se que os fatores com maior impacto nesta medida de capacidade funcional foram a idade, o tempo de evolução e o tempo de internamento, com valores estatísticos altamente significativos. Estes aspetos, já evidenciavam esta tendência na análise descritiva e exploratória dos dados e são corroborados por outros estudos na área (conforme referido nos parágrafos anteriores).

Dodds *et al* (1993), no seu estudo com a MIF, concluíram que a MIF discrimina pacientes com base na idade e que as diferenças de gravidade podem ser distinguidas entre a lesão medular e pacientes com AVC.

Em relação às variáveis sexo, estado civil e etiologia, estas não parecem ter impacto nos valores obtidos na MIF, no que diz respeito à funcionalidade motora. Aparece uma relação significativa negativa, ou seja, os doentes pioram, nos GMFRcLCnT (lesão cerebral não traumática) onde estão todas as causas de lesão cerebral como os tumores, as doenças degenerativas e desmielinizantes e como já foi referido anteriormente está de acordo com a literatura.

Estas variáveis (sexo, estado civil e etiologia), no que diz respeito à funcionalidade cognitiva, parecem ter impacto nos valores obtidos na MIF. Este aspecto pode ser explicado porque em alguns grupos de etiologias, a cognição não apresenta alterações, logo não há evolução e os aspetos cognitivos são os mais difíceis de recuperar.

Haynes e Pindzolla (1998), referem que a severidade inicial da perturbação, torna-se um dos fatores preditivos mais importantes pois quanto maior for a alteração no momento da avaliação, pior o prognóstico. Dworking (1991) considera que a severidade da perturbação a nível de cada subsistema e a etiologia subjacente têm impacto no prognóstico de melhoria. Sabe-se que quanto maior for o comprometimento motor e cognitivo, pior será a sua recuperação (Castro-Caldas *et al*, 1994).

Chapey (2008) acrescenta ainda que doentes que apresentam uma alteração grave levam mais tempo a recuperar quando comparados com doentes com alterações de gravidade menor. Para além disso, estes doentes recuperam menos capacidades quanto mais grave for a alteração.

Stineman *et al* (2000) verificaram que altos graus de complexidade diagnóstica foram associados com baixos níveis de independência funcional na admissão em cada uma das etiologias consideradas.

Como conclusão, estes autores referem que medir a complexidade do diagnóstico médico oferece uma abordagem promissora para a análise dos efeitos cumulativos de vários diagnósticos, sobre o estado funcional inicial do paciente e no tempo de internamento para reabilitação.

Esta situação leva-nos a outra análise realizada, que foi o estudo da própria escala de medição (MIF).

Quando olhamos para os dados da evolução da MIF, no que diz respeito ao *score* motor e cognitivo uma das características mais salientes da distribuição é que a classe modal é no 0, ou seja, os pacientes não apresentam alteração ao nível da MIF. Isto pode ser explicado pelo facto de muitos dos pacientes já terem o valor total no *score* cognitivo (não apresentam alterações) e porque entram para a reabilitação com pouco potencial de evolução, casos graves.

Outro aspecto observado, é que parece que a MIF tem vindo, ao longo dos anos a ser melhor classificada, o que torna a avaliação mais discriminativa.

Num estudo de Dodds *et al* (1993) chegou-se à conclusão que a MIF tem alta consistência interna e capacidades discriminativas adequadas para os pacientes de reabilitação. É um bom indicador de carga de cuidados, e demonstra alguma sensibilidade,

mas a sua capacidade para medir a mudança ao longo do tempo necessita de uma análise mais aprofundada e comparação com escalas concorrentes.

O estabelecimento do prognóstico do caso surge como um passo importante e delicado na intervenção terapêutica pelo facto de se tratar da classificação da gravidade do mesmo.

Para Chapey (2008), existem fatores que influenciam positivamente e outros negativamente o caso, e que todos em conjunto devem ser analisados de modo a que se chegue ao correto prognóstico do mesmo. Refere ainda que, de uma maneira considerável, é possível “prever” a evolução de determinado paciente, com o que comumente se designa de critérios de prognóstico. Com estes critérios, é possível prever o que podemos esperar de determinado paciente, com determinadas características. Contudo, trata-se apenas de uma previsão e nunca de uma certeza absoluta.

Para Jacobovicz e Cupello (1996), o prognóstico nunca deverá ser muito rígido, mas sim dinâmico, dando sempre margem de possibilidade de evolução positiva do paciente, visto que são vários os fatores que intervêm na definição do prognóstico de um quadro neurológico.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como em todos os estudos, este apresenta algumas limitações.

A grande limitação deste estudo exploratório do impacto de variáveis nos resultados obtidos na MIF, foi a base de dados. Se por um lado apresenta um número de amostra significativo, por outro apresenta um número, também significativo, de erros de introdução de dados que dificultaram a análise de algumas variáveis.

7.CONCLUSÕES

Este estudo, revelou que existem variáveis individuais (idade) e de prognóstico neurológico (diagnóstico, tempo de evolução e tempo de internamento) que têm grande impacto na funcionalidade dos doentes com sequelas de lesão neurológica.

Desta forma, a adequação clínica da MIF foi demonstrada, apesar de terem surgido sugestões de melhoria. A frequência de desajuste entre os pacientes e o desempenho das escalas, variou entre os grupos de incapacidade.

Este estudo avaliou o grau em que os resultados de reabilitação e a utilização de recursos podem ser previstos por meio de medidas de funcionalidade.

O resultado deste projeto permite que médicos, investigadores e gestores façam um planeamento do custo-eficácia do tratamento, fornecendo uma medida válida de deficiência. Refere ainda que, de uma maneira considerável, é possível “prever” a evolução de determinado paciente, com o que comumente se designa de critérios de prognóstico. Com estes critérios, é possível prever o que podemos esperar de determinado paciente, com determinadas características.

Estes resultados suportam a utilização de medidas do estado funcional no desenvolvimento de modelos de reabilitação permitindo prever a utilização dos recursos.

Definir e os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem, segundo os modelos operativos da OMS, identificar no doente as deficiências, as incapacidades e as desvantagens, definir a capacidade funcional de um doente, identificar o atual nível de função, a gravidade das limitações e os seus principais fatores etiológicos, acompanhar o doente com incapacidade, minimizar os fatores limitantes intrínsecos e extrínsecos e modificar a natureza das diferentes tarefas (adaptando-as ao potencial funcional do doente) foram aspetos focados neste estudo.

A função pode ser entendida como um conjunto de capacidades de desempenho, envolvendo atividades de vida diária simples e complexas, atividades profissionais e de lazer.

A utilização de metodologias métricas específicas, permite objectivar diferentes níveis de desempenhos e capacidades (num determinado momento e comparativamente em diferentes momentos de evolução do processo patológico). Existe a possibilidade de avaliar

de forma geral um nível funcional ou especificamente uma determinada atividade (deambulação, manipulação de objetos, ...), ou ainda uma patologia específica.

O conceito de reabilitação envolve todo o sistema de prestação de cuidados de saúde, tanto na dimensão preventiva como curativa. Apresenta-se como um conjunto de medidas coerentes e coordenadas no âmbito médico, social, educativo e económico, tornando-a assim um elemento sensível na abordagem das consequências das doenças e na definição do limite do prognóstico funcional.

Reabilitar enquanto “o restituir de direitos ou prerrogativas que se perderam” e reintegrar como “o restabelecer em algum cargo” são vocábulos de crescente utilização, globalizados na acessão da palavra, elementos do nosso quotidiano, aplicados nas ciências da saúde mas também em diferentes áreas da sociedade, ainda que com significado aproximado ao conceito essencial.

A reabilitação é cada vez mais um processo de ajuda, tornando possível ao cidadão atingir o mais completo potencial físico, psíquico, social, profissional e educacional segundo a sua deficiência, a limitação ambiental, as expectativas e os legítimos planos de vida.

A OMS define reabilitação como o uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto da incapacidade e da desvantagem e ajudar as pessoas com limitações a obter uma boa integração social. A reabilitação médica deve pois intervir de forma ativa nas patologias de fase aguda e crónica, baseando-se numa abordagem global do doente e da sua circunstância, usando os conhecimentos e experiências de diversos grupos profissionais e suportes institucionais.

Considera-se cada vez mais ser razoável esta convivência entre o sentir médico e o social, um todo coerente e ininterrupto. O deficiente tem direito a uma existência plena, num espaço social considerado adequado. O conceito de reabilitação foi também já identificado como uma 3ª fase da assistência médica, depois da medicina preventiva, da curativa e cirurgia.

A melhoria dos cuidados de saúde e da qualidade técnica (conhecimentos e práticas) conduziram a uma redução da mortalidade e a um aumento de morbilidades, facto verificado em todas as patologias, sistemas orgânicos e grupos etários, foi porém a 3ª e 4ª idade que mais sentiram este acréscimo da esperança de vida, colocando-se agora a aspiração de uma vida independente e com qualidade.

O desenvolvimento desta área de conhecimento tem crescido de forma progressiva e sustentada, ainda que com diferente expressão e organização de índole regional. Constatase uma crescente atualidade nos conceitos “reeducar, reabilitar, readaptar e reintegrar”, uma situação decorrente das consequências da doença, particularmente quando não existe uma expectativa de cura.

A necessidade crescente dos cuidados de reabilitação médica justifica-se por algumas das razões que passamos a citar: a redução da mortalidade e morbilidade em todos os grupos etários (avanços na investigação científica, novas terapêuticas, novas metodologias de prevenção de doença,...), o aumento do número de doentes com patologias crónicas, aspirando a uma condição digna, aos direitos de cidadania e ao viver independente e à qualidade de vida, o envelhecimento das populações (o aumento da esperança de vida), a crescente conflitualidade do “meio” (acidentalidade rodoviária e laboral, agressividade social diversa, conflitos de natureza mundial ou regional ...), o estilo de vida e as sequelas do sedentarismo (fatores de risco modificáveis, outros...).

Genericamente, os conceitos e as expectativas evoluíram, das preocupações da sobrevivência (imediata) aos limites da incapacidade (mediata). A consciência social é cada vez mais crítica e exigente, promovendo a transferência de interesses, segundo diferentes dimensões: do médico para o doente; da doença para as consequências dessa doença (reflectida no individuo, na sua capacidade funcional e na relação que ele estabelece com o seu meio), da instituição para o meio envolvente. Em conclusão, os diferentes quadros clínicos, condicionam cenários patológicos e instáveis que condicionam limitação de interação com o meio ambiente, a limitação dos estímulos existenciais, a necessidade de reformular atitudes e convicções pessoais e familiares, a perda de afirmação e prestígio social, a perda de qualidade de vida (relação dinâmica entre o estado de saúde, a função e a interação social).

A incapacidade, enquanto consequência última da doença, era formulada como uma proposta já relacional (com o meio envolvente ainda que de forma não explícita). Envolve um esforço compreensivo e sistemático, perspectivando uma intervenção dirigida à função, particularmente ao desempenho de atividades de vida diária, uma evolução importante na compreensão das consequências da doença e no prognóstico funcional.

A Medicina Física e Reabilitação promove a colaboração de todos os intervenientes, coordenando as atividades clínicas, considerando o doente como o centro de todas atenções e protagonismos.

A MIF, criada em 1983, pretendia desenvolver um sistema uniformizado de dados. Este instrumento de avaliação apresenta como objetivos a determinação da incapacidade do doente, a avaliação dos ganhos funcionais do mesmo; a avaliação da qualidade de um programa de reabilitação e determinação da relação custo/benefício e custo/realização no que respeita à reabilitação e a comparação dos resultados e consequentemente da evolução do período que está entre a data de admissão e a alta.

Constitui uma escala fiável e válida mas de difícil aplicação, consequentemente menos reprodutível, sobretudo devido ao facto de avaliar aspetos cognitivos e de interação social. É um instrumento que requer que os avaliadores estejam devidamente treinados e habilitados para a sua aplicação e a aplicação regular desta escala permite avaliar a evolução clínica e funcional dos doentes.

Como proposta futura sugere-se a inclusão de outras variáveis em estudo (existe um elevado número de variáveis disponíveis que por questões metodológicas não foram tratadas estatisticamente, como por exemplo comorbilidades) que se sabe, pela literatura consultada, terão impacto nos resultados obtidos.

8. BIBLIOGRAFIA

ARRUDA, L.- Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão: história do projecto de reabilitação: a arquitetura e a arte. Lisboa, 2006.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE - Unmet need for disability services: effectiveness of funding and remaining shortfall. N.22. Canberra: AIHW, 2002.

BADLEY, E. - An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. **Disabilities Rehabilities**. 15 (1993) 161-170.

BASSO, A. - Aphasia and its therapy. New York: Oxford University Press, 2003.

BAX M., SMYTHE D., THOMAS A. - Health care for physically handicapped young adults. **British Medical Journal**. 296 (1988) 1153-1155.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R. & KJELLSTRÖM, T. – Epidemiologia básica. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

BENSON, D. F.; ARDILA, A. – Aphasia: A clinical perspective. New York: Oxford University Press, 1996.

BENVEGNI, A. *et al* - Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Revista Ciência & Saúde*. 1:2 (2008) 71-77.

BRITISH SOCIETY OF REHABILITATION MEDICINE (BSRM) - Rehabilitation following acquired brain injury: National clinical guidelines. Inglaterra: Royal College of Physicians, 2003.

CARR, J. & SHEPHERD, R.- Reabilitação Neurológica: Otimizando o Desempenho Motor. Brasil: Editora Manole, 2008.

CASTRO CALDAS, A. *et al*. – Reabilitação Cognitiva. **Revista do Interno**. 2 (1994) 129-139.

CHAPEY, R. – Language Intervention: Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. 5th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

CHEREM, A. - Medicina e arte: observações para um dialogo interdisciplinar. **Acta Fisiátrica**. 12:1 (2005) 26-32.

COMPLETO, J. – Clinical Rehabilitation Profile: A Clinical Benchmarking System for Rehabilitation. Lisboa: IASIST Portugal, 2011.

DENNIS M. e LANGHORNE P. - So stroke units save lives: where do we go from here? **British Medical Journal**. 309 (1994) 1273-1277.

Despacho Conjunto n.º 861/99, Diário da República n.º 235, II.ª Série, de 8 de Outubro, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

DODDS, T. A. *et al* - A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 74:5 (1993) 531-536.

DWORKIN, J. P. – Motor speech disorders: a Treatment Guide. St. Luis: Mosby, 1991.

FARIA, F. - Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. Vol.XII :1(2006) 45-53.

FERRO, J. & PIMENTEL, J. – Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento. Lisboa: Lidel, 2006.

FINCH, E. *et al* - Physical rehabilitation outcome measures: a guide to enhanced clinical decision-making, 2nd ed. Ontario: Hamilton, Canadian Physiotherapy Association, 2002.

FITZPATRICK, J. Alternative models for the structuring of professional preparation programs. **The Preparation of Professional Evaluators**. 62 (1994) 41-50.

FONSECA,J., GUERREIRO, M. & CASTRO-CALDAS, A. – Analfabetismo: recuperação da afasia. **Sinapse**. 2:2 (2002) 39-50.

FORTIN, M.- O processo de investigação, da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

FORSTER, A. *et al*. - Rehabilitation for older people in long-term care (review). The Cochrane Collaboration. UK: JohnWiley & Sons, Ltd. 2011.

GRAHN, B.; BORGQUIST L.; EKDAHL, C. - Rehabilitation benefits highly motivated patients: a sixyear prospective cost-effectiveness study. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. 20 (2004) 214-221.

GRANGER, C. – Quality and Outcome Measures for Rehabilitation. [Em linha] Medscape Reference, 2011 [Consult. 4 Jul. 2012]. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/317865-overview#aw2aab6b2>

GRANGER, C. *et al* - The Uniform Data System for Medical Rehabilitation Report of Patients with Traumatic Brain Injury Discharged from Rehabilitation Programs in 2000 – 2007. **Journal of Physical Medicine Rehabilitation**. 89:4 (2010) 265–278.

HEINEMANN, A. *et al* - Relationships between impairment and physical disability as measured by the functional independence measure. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 74:6 (1993) 566-573.

HEINEMANN, A. *et al* - Prediction of rehabilitation outcomes with disability measures. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 75:2 (1994) 133-143.

HESBEEN, W. – A reabilitação: Criar novos caminhos. Lisboa: Lusociência, 2010.

HAYNES, W. & PINDZOLA, R. – Diagnosis and evaluation in speech pathology. 5th ed. Boston: Allyn & Bacon, 1998.

IASIST Portugal – Relatório de Análise Evolutiva: Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão 2006-2010. Lisboa: IASIST, 2011.

INTERCOLLEGIATE STROKE WORKING PARTY - National Clinical Guidelines for Stroke. 2nd ed. Clinical Effectiveness and Evaluation Unit. London: Royal College of Physicians of London, 2004.

JACUBOVICZ, R. & CUPELLO, R. – Introdução à afasia: elementos para o diagnóstico e terapia. 6^a ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

JUNQUÉ i PLAJA, C. *et al* – Traumatismos Cranioencefálicos: uma abordagem da neuropsicologia e fonoaudiologia: Guia prático para familiares e profissionais. São Paulo: Santos, 2001.

KEPHART, G., ASADA, Y. - Need-based resource allocation: different need indicators, different results? **BMC Health Services Research**. 9 (2009) 122.

LANDRY, M., RICKETTS T., VERRIER M. - The precarious supply of physical therapists across Canada: exploring national trends in health human resources (1991 to 2005). **Human Resources for Health**. 5 (2007) 23.

LANGLOIS, J.; RUTLAND-BROWN, W. e THOMAS K. - The incidence of traumatic brain injury among children in the United States: differences by race. **The Journal of Head Trauma Rehabilitation**. 20:3 (2005) 229-238.

LAMOUREUX, E. *et al* - The effectiveness of low-vision rehabilitation on participation in daily living and quality of life. **Investigative Ophthalmology & Visual Science**. 48 (2007) 1476-1482.

LAPOINTE, L. L. – Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders. 3rd ed. New York: Thieme, 2005.

LEAL, G.; FONSECA, J.; FARRAJOTA, L. – Recuperação e Reabilitação da Afasia. **Psicologia**. 1: vol XVI (2002) 157-175.

LEE, B. e NEWBERG, A. - Neuroimaging in traumatic brain imaging. **NeuroRx**. 2:2 (2005) 372-383.

LEGH-SMITH, J. *et al* - Selection of aphasic stroke patients for intensive speech therapy. **Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry**. 50 (1987) 1488-1492.

LINACRE, J. M. *et al* - The structure and stability of the Functional Independence Measure. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 75:2 (1994) 127-132.

MAC-KAY, A. *et al* – Afasias e demências: Avaliação e tratamento Fonoaudiológico. São Paulo: Santos, 2003.

MAZAUX, J.- Aphasie. Paris: Masson, 2000.

McCAFFREY, P. - Neuroanatomy of Speech, Swallowing and Language.Optional. [Em Linha] Required for CMSD 632, 2010. [Consult. 3 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.csuchico.edu/~pmccaffrey/syllabi/SPPA342/index.html>

McCOLL, M. - Social support and occupational therapy. **Occupational therapy: overcoming human performance deficits**. (1997) 411–425.

McLELLAN, D. - Rehabilitation. **British Medical Journal**. 303 (1991) 355-357.

McWHINNEY, I. - Manual de Medicina Familiar. Lisboa: Inforsalus, 1994.

MELIN, R. e FUGL-MEYER, A. - On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute. **Journal of Rehabilitation Medicine**. 35 (2003) 284-289.

MOLA, E., DE BONIS J., GIANCANE, R. - Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice / family medicine. **The European Journal of General Practice**, 14 (2008) 89-94.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL - Rehabilitation of Persons with Traumatic Brain Injury. EUA: National Institutes of Health, 1998.

NATIONAL STROKE ASSOCIATION - Rehabilitation Therapy. 2012 [Em linha] [Consult. 12 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=REHABT>

NILSSON, A. *et al* - Cross-diagnostic validity in a generic instrument: an example from the Functional Independence Measure in Scandinavia. **Health and Quality of Life Outcomes** (2006) 4:55.

NILSSON, A. & TENNANT, A. - Past and present issues in Rasch analysis: The Functional Independence Measure (FIM™) revisited. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 43 (2011) 884–89.1

NUNES, S.; PEREIRA, C. & SILVA, M. - Evolução Funcional de Utentes após AVC nos Primeiros Seis Meses após Lesão. **Essfisionline**. 1:3 (2005) 3-20.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2003.

PACHECO, K. e ALVES, V. - A História de deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiátrica**. 14:4 (2007) 242-248.

PEEK, W. - History of rehabilitation medicine as a medical specialty in the Netherlands. **Acta Fisiátrica**. 5:3 (1998) 170-172.

PEÑA-CASANOVA, J. & PAMIES, M. P. – Reabilitação da afasia e Transtornos Associados. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2005.

PEREIRA, J. - Será possível uma nova medicina? **Revista Crítica de Ciências Sociais**. 23 (1987) 185-191.

PESSINI, L.; FERRARI M. e GONÇALVES, M. - Reabilitação: de um olhar histórico aos desafios contemporâneos. **O Mundo da Saúde**. 30:21 (2008) 5-9.

PORTAL DA SAÚDE - O que é a Reabilitação. 2012 [Em linha] [Consult. 11 Set. 2012].Disponível em

<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS. Direcção de Serviços de Planeamento - Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento.Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001.

R Development Core Team – R: A Language and Environment for Statistical Computing. Viena, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2012.

RAMIRES, I. - Reabilitação no Acidente Vascular Cerebral: do Hospital à Comunidade. **Acta Médica Portuguesa**. 10 (1997) 557-62.

RAUCH, A., CIEZA, A., STUCKI, G. - How to apply the International Classification of Functioning Disability and health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. **European Journal of Physical Rehabilitation Medicine**., 44 (2008) 439-442.

SCHERER, M. - Assessing the benefits of using assistive technologies and other supports for thinking, remembering and learning. **Disability and Rehabilitation**. 27 (2005) 731-739.

SCHERER, M. *et al* - Predictors of assistive technology use: the importance of personal and psychosocial factors. **Disability and Rehabilitation**. 27 (2005) 1321-1331.

SCHEWINSKY, S. - A barbárie do preconceito contra o deficiente – todos somos vítimas. **Acta Fisiátrica**. 11:1 (2004) 7-11.

SECÇÃO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DA UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES, ACADEMIE EUROPÉENNE DE MÉDECINE DE RÉADAPTATION, EUROPEAN BOARD OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE - Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa. Portugal: Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 2009.

SEGUN T. D. - Traumatic Brain Injury (TBI) - Definition, Epidemiology, Pathophysiology [Em Linha] Medscape Reference. [Consult. 13 Out. 2012]. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/326510-overview#aw2aab6b3>

STINEMAN, M. G. *et al* - A functional diagnostic complexity index for rehabilitation medicine: measuring the influence of many diagnoses on functional independence and resource use. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 81:5 (2000) 549-557.

STUCKI, G., CIEZA A., MELVIN, J. - The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. **Journal of Rehabilitation Medicine**. 39 (2007) 279-285.

STUCKI, G., REINHARDT, J., GRIMBY, G. - Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. PartII: Conceptual descriptions and domains for research. **Journal of Rehabilitative Medicine**. 39 (2007) 299-307.

TEMPLE, R. *et al* - Ecological validity of the neuropsychological assessment battery screening module in post-acute brain injury rehabilitation. **Brain Injury**. 23:1 (2009) 45–50.

THE NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE - Swedish disability policy: services and care for people with functional impairments: habilitation, rehabilitation, and technical aids [Article No. 2006–114–24]. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.

TENNANT, A. - Principles and Practice of Measuring Outcome. In: BARAT, M. e FRANCHIGNONI, F. editors - *Advances in Physical Medicine and Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*. Pavia: Maugeri Foundation Books, 2004. 35-44.

TRANSPORTER CLASSIFICATION DATA BASE. Traumatic Brain Injury. [Em Linha] TCDB 2012. [Consult. 13 Out. 2012]. Disponível em <http://www.tcdb.org/>

TURNER-STOKES, L.; NYEIN K.; HALLIWELL, D. - The Northwick Park care needs assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. **Clinical Rehabilitation**. 13 (1999) 253-267.

TURNER-STOKES, L. *et al* - Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. **Cochrane Database Systematic Reviews**. 3 (2005) CD004170.

TURNER-STOKES, L.- The UK FIM+FAM: development and evaluation. Functional Assessment Measure. *Clinical Rehabilitation* 13:4 (1999) 277-287.

UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION AND THE CENTER FOR FUNCTIONAL ASSESSMENT RESEARCH – Sistema uniformizado de dados para a reabilitação médica (SUDRM). Buffalo: Research foundation - State University of New York at Buffalo, versão 3.0, traduzido para Português por Jorge Laíns, 1990.

WADE, D. - Community rehabilitation, or rehabilitation in the community?. **Disability and Rehabilitation**. 25 (2003) 875-881.


WOOD, S. N. – Generalized Additive Models: an introduction with R. CRC: Chapman & Hall, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - The Global Burden of Disease. 2004 Update. Geneva: WHO Press, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - World report on disability 2011. Malta: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2011.

9. APÊNDICE

Apêndice 1: Carta de pedido de autorização da base de dados do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Alcoitão


UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
 Escola Nacional de Saúde Pública

1. João Pinheiro Clive
por saúde e melhores
espírito que entende
 12/02/12

Ao
 Conselho Directivo
 Centro de Medicina de Reabilitação Alcoitão
 Alcoitão
 2649-506 Alcábaldeche

EM SESSÃO DO CONSELHO DIRECTIVO Nº 34
 31.01.12
 Declarado *de acordo e reab-*
lizado de acordo com o
de acordo com o

29
 Lisboa, 2012-01-09
 2012-01-10

Assunto: *Pedido de colaboração a alunos do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde*
Reabilitação de doentes com
lesão neurológica

A nossa aluna do VI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (VI CMGS 2010/2012), **Regina Maria de Magalhães Antunes dos Santos Branco** encontra-se neste momento em fase de realização do seu Trabalho de Projecto, que versará sobre o tema **"Impacto de variáveis da oferta e da procura nos resultados em saúde medidos pela Medida de Independência Funcional, em doentes com lesão neurológica"**, sob a orientação da Professora Joana Sousa, docente desta Escola.

A medicina baseada na evidência e iniciativas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, têm crescido em todo o mundo. Aumentou também, o reconhecimento da necessidade de medir os resultados funcionais em todos os cuidados de saúde.

A reabilitação, líder na avaliação dos resultados funcionais, tem dado grande importância à necessidade de existência de instrumentos clínicos sensíveis aos resultados funcionais e, tem procurado instrumentos que possam ser usados em ambientes clínicos.

Confrontados com uma pressão crescente para justificar os serviços que fornecem da forma mais eficiente possível, o campo de reabilitação enfrenta uma necessidade urgente de abordagens mais viáveis para monitorização de desfechos clínicos relevantes ao longo de um episódio de cuidados e para a comparação de resultados entre locais de atendimento.

Através deste projecto de investigação, a nossa mestranda pretende, da forma mais adequada e credível, determinar quais as variáveis envolvidas no processo de reabilitação que tenham impacto nos resultados obtidos com a Medida de Independência Funcional.


Para tal, a Dra. Regina Branco visa a realização de um estudo quasi-experimental, cujo método de amostragem será não causal por conveniência, tendo como suporte a base de dados do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão.

A base de dados a utilizar é composta por todos os indivíduos que, desde 2006, sofreram um episódio de internamento, por lesão neurológica.

Será realizada uma análise estatística (com recurso ao SPSS), de correlação/associação de várias variáveis (a determinar) com os resultados obtidos na MIF.


Deste modo, solicita-se a V.ª Ex.ª, enquanto Conselho Directivo do Centro de Medicina de Reabilitação Alcoitão, que aceda a autorizar a utilização dos dados para a realização deste estudo.

Na expectativa do bom acolhimento deste pedido, apresento os meus melhores cumprimentos.

O DIRECTOR

 (João Pereira, Prof. Doutor)

Centro de Medicina de Reabilitação
 Direcção Clínica
 Entrada 13/01/12


Centro de Medicina de Reabilitação
 Conselho Directivo
 Entrada 12/01/2012



 12 JAN. 2012
 Reg. Nº *12/01/2012*

Contactos do aluno:
 Regina Branco
 Tm: 966 084 396 / e-mail: *regina.branco@unl.pt*

10. ANEXOS

Anexo 1: Grupos de Medicina Física e de Reabilitação





INFORMAÇÃO IDENTIFICATIVA	INFORMAÇÃO MÉDICA
<p>1. Nº Utente SNS: _____</p> <p>2. Nome: _____</p> <p>3. Nº de Processo : _____</p> <p>4. Documento de identificação:</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> Bilhete de Identidade Passaporte Cédula Outro </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Nº do documento de identificação: _____</p> <p>5. Data nascimento: ____/____/____</p> <p>6. Sexo: _____ <small>(1 - Masculino; 2 - Feminino)</small></p> <p>7. Estado civil: _____ <small>(1-Solteiro; 2-Casado; 3-Viúvo; 4-Separado; 5-Divorçado; 6-União de facto)</small></p> <p>8A. Pais de origem: _____</p> <p>8B. Residência</p> <p>Distrito: _____</p> <p>Concelho: _____</p> <p>Freguesia: _____</p>	<p>19. Grupo limitação funcional</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ADMISSÃO </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ALTA </div> </div> <p>20. Diagnóstico etiológico: _____ <small>Introduzir código CID-9-MC indicando o problema etiológico que</small></p> <p>20A. Causa externa: A. _____ B. _____ C. _____</p> <p>21. Data início: ____/____/____</p> <p>22. Co-morbilidades: <small>Códigos CID-9-MC (codificar até 10 condições)</small></p> <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. _____</p> <p>C. _____</p> <p>E. _____</p> <p>G. _____</p> <p>I. _____</p> <p>L. _____</p> <p>N. _____</p> <p>P. _____</p> <p>R. _____</p> <p>T. _____</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>B. _____</p> <p>D. _____</p> <p>F. _____</p> <p>H. _____</p> <p>J. _____</p> <p>M. _____</p> <p>O. _____</p> <p>Q. _____</p> <p>S. _____</p> <p>U. _____</p> </div> </div>
<p style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; margin-bottom: 5px;">ADMISSÃO</p> <p>9. Instituição: _____</p> <p>10. Data Admissão: ____/____/____</p> <p>11. Data da 1ª Avaliação: ____/____/____</p> <p>12. Proveniência: <small>(1-Domicílio; 2-Lar/Casa de Repouso; 3-Lar o/ cuidados de enfermagem ou médico a pedido; 4-Internamento em Hospital; 5-Internamento em Centro de Saúde; 6-Internamento em MFR em Hospital; 7-Internamento em Centro especializado de MFR; 8-Domicílio da transição/Residência assaiada; 9-Outros; 10-Unidade de Cuidados Continuados)</small></p> <p>12A. Instituição: _____ <small>Aplicável apenas se resposta ao item 12, for 4-Internamento em Hospital; 6-Internamento em MFR em Hospital; 7-Internamento em Centro especializado de MFR</small></p> <p>13. Classe Admissão: _____ <small>(1-Reab. inicial; 2-Avaliação; 3-Reinternamento; 4-Acta prematura; 5-Continuação de Reabilitação)</small></p> <p>14. Onde vivia antes do referido no ponto 12: _____ <small>(Usar escala de resposta do item 12)</small></p> <p>15. Com quem vivia pré admissão: _____ <small>(1-Sózinho; 2-Famíliares; 3-Amigos; 4-Empregado/a; 5-Outro) <small>Aplicável apenas se resposta ao item 14, for 1 - Domicílio</small></small></p> <p>16. Situação Ocupacional Pré-Admissão: _____ <small>(1-Empregado; 2-Institucionalizado; 3-Estudante; 4-Doméstica; 5-Desempregado; 6-Reformado / Idade; 7-Reformado / Incapacidade; 8-Outro)</small></p> <p>17. Regime trabalho pré admissão: _____ <small>(1-Tempo inteiro; 2-Tempo parcial; 3-Trabalho adaptado) <small>Aplicável apenas se resposta ao item 16, for 1-Empregado</small></small></p>	<p style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; margin-bottom: 5px;">NECESSIDADES MÉDICAS</p> <p>23. Doente comatoso na admissão? _____ <small>(0 - Não; 1 - Sim)</small></p> <p>24. Doente com delírio? _____ <small>(0 - Não; 1 - Sim)</small></p> <p>25. Estado da deglutição:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ADMISSÃO </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ALTA </div> </div> <p>1 - <i>Sondagem alimentar parentérica</i>: uso de sonda ou alimentação parentérica como suporte total ou parcial 2 - <i>Consistência Modificada/Supervisão</i>: a necessidade de atenção da consistência dos alimentos e/ou supervisão por razões de segurança 3 - <i>Dieta Normal</i>: sólidos e líquidos deglutidos com segurança, sem supervisão ou interrupção da consistência</p> <p>26. Sinais clínicos de desidratação:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ADMISSÃO </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ALTA </div> </div> <p><small>(0 - Não; 1 - Sim) Exemplo: evidência de oligúria, pele seca, hipotensão ortostática, síncope, agitação.</small></p>
<p style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; margin-bottom: 5px;">ENTIDADE FINANCEIRA RESPONSÁVEL</p> <p>18. Entidade: _____</p> <p>Número de Beneficiário: _____</p>	<p style="text-align: center; background-color: #f2f2f2; margin-bottom: 5px;">MODIFICADORES FUNCIONAIS</p> <p>27. Frequência de perdas de urina:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ADMISSÃO </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ALTA </div> </div> <p>28. Frequência de perdas intestinais:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ADMISSÃO </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ALTA </div> </div> <p>1 - Cinco ou mais perdas nos últimos 7 dias 2 - Quatro perdas nos últimos 7 dias 3 - Três perdas nos últimos 7 dias 4 - Duas perdas nos últimos 7 dias 5 - Uma perda nos últimos 7 dias 6 - Sem perdas; uso de equipamento (sonda) 7 - Sem perdas</p>

Página 1/3

MODIFICADORES FUNCIONAIS		35. ESCALA DE MEDIDA DE IND. FUNCIONAL – M.I.F.	
29. Transferência Banheira: <div> <div>ADMISSÃO</div> <div>ALTA</div> </div> <small>Classificar de acordo com a MIF de 1 a 7. Use 0 se a actividade não se realiza.</small>		AUTO-CUIDADOS <div> <div>ADMISSÃO</div> <div>ALTA</div> </div>	
30. Transferência Duche: <div> <div>ADMISSÃO</div> <div>ALTA</div> </div> <small>Classificar de acordo com a MIF de 1 a 7. Use 0 se a actividade não se realiza.</small>		A. Alimentação: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
31. Distância percorrida em marcha: <div> <div>ADMISSÃO</div> <div>ALTA</div> </div> <small>(0-actividade não se realiza; 1-Menos de 15 metros; 2-De 15 a 49 metros; 3-50 metros)</small>		B. Higiene pessoal: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32. Distância percorrida em cadeira de rodas: <div> <div>ADMISSÃO</div> <div>ALTA</div> </div> <small>(0-actividade não se realiza; 1-Menos de 15 metros; 2-De 15 a 49 metros; 3-50 metros)</small>		C. Banho: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33. Marcha: <div> <div>ADMISSÃO</div> <div>ALTA</div> </div> <small>Classificar de acordo com a MIF de 1 a 7. Use 0 se a actividade não se realiza.</small>		D. Vestir 1/2 superior: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
34. Cadeira de rodas: <div> <div>ADMISSÃO</div> <div>ALTA</div> </div> <small>Classificar de acordo com a MIF de 1 a 7. Use 0 se a actividade não se realiza.</small>		E. Vestir 1/2 inferior: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		F. Uso da sanita: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		CONTROLO DE ESFINCTERES	
		G. Bexiga: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		H. Intestino: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		TRANSFERÊNCIAS	
		I. Cama, Cadeira, CR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		J. Sanita: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		K. Banheira/Duche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		LOCOMOÇÃO	
		M = Marcha - C = Cadeira rodas; A = Ambos:	
		L. Marcha/Cadeira de rodas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		M. Escadas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		COMUNICAÇÃO	
		A = Auditiva; V = Visual; A+V = Ambos:	
		N. Compreensão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		O. Expressão: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		COGNIÇÃO SOCIAL	
		P. Interação Social: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Q. Resolução problemas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		R. Memória: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Níveis da Escala de Medida de Independência Funcional – M.I.F.

Independente - O paciente não necessita da ajuda de outra pessoa para realizar a actividade

7. Independência Completa - O doente realiza as actividades descritas de forma segura, num período de tempo razoável e de forma independente.

6. Independência Modificada - O doente realiza as actividades descritas ocorrendo um dos seguintes casos: a realização da actividade requer uma ajuda técnica a actividade é realizada num período de tempo além do razoável ou a realização da actividade envolve algum risco.

Dependente - O paciente necessita de supervisão ou ajuda física de outra pessoa para poder realizar a actividade. Caso contrário, a actividade não se realiza.

Dependência modificada - 50% ou mais do esforço físico necessário para realizar a actividade é despendido pelo doente.

5. Supervisão - O doente necessita de supervisão por parte de outra pessoa, não requerendo contacto físico. A ajuda dada por outra pessoa pode incluir a colocação de ajudas técnicas.

4. Assistência mínima - O doente requer assistência mas 75% ou mais do esforço físico necessário para realizar a actividade é do doente.

3. Ajuda Moderada - O doente requer mais que assistência ou despende entre 50% e 74% do esforço para realizar a actividade.

Dependência completa - O doente despende menos de 50% do esforço físico necessário para realizar a actividade. É necessária ajuda máxima ou total

2. Ajuda Máxima - O doente despende entre 25% e 49% do esforço físico necessário para realizar a actividade

1. Ajuda Total - O doente despende menos de 25% do esforço físico para realizar a actividade.

0. Actividade não se realiza - doente não realiza a actividade nem esta pode ser realizada por outra pessoa. Usar este código apenas na admissão. Não usar este código porque não se viu o doente a realizar a tarefa. Se for esse o caso, consultar outros médicos, o processo do doente, familiares, etc para poder aferir se a actividade é realizada.

<p>36. Data de Alta: ____/____/____</p> <p>37. Alta contra opinião médica: ____ (0-Não; 1-Sim)</p> <p>38. Interrupção programa terapêutico: ____ (0-Não; 1-Sim)</p> <p>39. Datas de interrupção: (Aplicável apenas se resposta ao item 38 for 1-Sim)</p> <p>A. 1ª interrupção: ____/____/____ B. 1º retorno: ____/____/____</p> <p>C. 2ª interrupção: ____/____/____ D. 2º retorno: ____/____/____</p> <p>E. 3ª interrupção: ____/____/____ F. 3º retorno: ____/____/____</p> <p>Diagnóstico causal da interrupção: ____ (Codificar pela CID-9-MC)</p> <p>Diagnóstico causal da interrupção: ____ (Codificar pela CID-9-MC)</p> <p>Diagnóstico causal da interrupção: ____ (Codificar pela CID-9-MC)</p> <p>40A. Destino após a alta: ____ (1-Domicílio; 2-Lar/Casa de Repouso; 3-Lar c/ cuidados de enfermagem ou médico a pedido; 4-Internamento em Hospital; 5-Internamento em Centro de Saúde; 6-Internamento em MFR em Hospital; 7-Internamento em Centro especializado de MFR; 8-Domicílio de transição/Residência assistida; 9-Falecido; 10-Outro; 11-Unidade de Cuidados Continuados)</p> <p>40B. Instituição: ____ (Aplicável apenas se resposta ao item 40A for 4 - Internamento em Hospital; 6 - Internamento em MFR em Hospital; 7 - Internamento em centro especializado de MFR)</p> <p>40C. Necessidade de cuidados domiciliários: ____ (0 - Não; 1 - Sim) (Aplicável apenas se resposta ao item 40 for 1 - Domicílio; 2 - Lar/Casa de Repouso; 3 - Lar c/ cuidados de enfermagem ou médico a pedido ou 8 - Domicílio de transição/Residência)</p> <p>40D. Alta com apoio de cuidados domiciliários: ____ (0 - Não; 1 - Sim) (Aplicável apenas se resposta ao item 40 A for 1 - Sim)</p> <p>41. Com quem vai viver após alta: ____ (1-Sócio; 2-Famíliares; 3-Amigos; 4-Empregado/a; 5-Outro) (Aplicável apenas se item 40 for 1 - Domicílio)</p> <p>42. Diagnóstico causal em caso de morte: ____ (Codificar pela CID-9-MC)</p> <p>43. Complicações durante o internamento (Codificar pela CID-9-MC - até 8 condições surgidas durante o internamento em reabilitação)</p> <p>A. ____ B. ____ C. ____ D. ____ E. ____ F. ____</p>	<p>ÚLCERAS DE PRESSÃO</p> <p>48A. Estádio mais elevado de úlcera presente:</p> <p>ADMISSÃO ALTA (0-Sem úlcera de pressão; 1-Qualquer área da pele persistentemente ruborizada (estádio 1); 2-Pêda parcial de camadas cutâneas (estádio 2); 3-Escara profunda (estádio 3); 4-Profundidade expõe tecido muscular ou osso (estádio 4); 5- Não estável (predomínio de necrose; este damento anterior não disponível)</p> <p>48B. Número de úlceras presentes:</p> <p>ADMISSÃO ALTA</p> <p>48C. Comprimento X Largura:</p> <p>ADMISSÃO ALTA (0-0 cm2; 1-< 0,3 cm2; 2-0,3 a 0,5 cm2; 3-0,7 a 1,0 cm2; 4-1,1 a 2 cm2; 5-2,1 a 3,0 cm2; 6-3,1 a 4,0 cm2; 7-4,1 a 5,0 cm2; 8-5,1 a 12,0 cm2; 9-12,1 a 24,0 cm2; 10-> 24 cm2)</p> <p>48D. Quantidade de exsudado:</p> <p>ADMISSÃO ALTA (0 - Nenhum; 1 - Pouco; 2 - Moderado; 3 - Muito)</p> <p>48D1. Purulento:</p> <p>ADMISSÃO ALTA (0 - Não; 1 - Sim)</p> <p>48E. Localização anatómica:</p> <p>ADMISSÃO ALTA (1-Trocantérica; 2-Isquítica; 3-Sagrada; 4-Calcanhar; 5-Maleolar; 6-Occipital; 7-Outro)</p> <p>Lado Direito <input type="checkbox"/> Lado Esquerdo <input type="checkbox"/></p> <p>48 F. Pontuação final - Úlcera de pressão (Somar a pontuação dos itens A a D1)</p> <p>ADMISSÃO ALTA</p>
<p>INDICADORES DE QUALIDADE</p> <p>Codificar itens 44 a 46 com: 0 - Não; 1 - Sim</p> <p>44. Dispneia com exercício:</p> <p>ADMISSÃO ALTA</p> <p>45. Dispneia em repouso:</p> <p>ADMISSÃO ALTA</p> <p>46. Dificuldade na tosse e eliminação de secreções:</p> <p>ADMISSÃO ALTA</p>	<p>SEGURANÇA</p> <p>49. Equilíbrio: (Exemplo: tontura, vertigem)</p> <p>ADMISSÃO ALTA (0 - Não; 1 - Sim)</p> <p>50. Número total de quedas durante o internamento: ____</p> <p>AJUDAS TÉCNICAS</p> <p>51. Ajudas técnicas prescritas: (Codificar de acordo com a lista homologada pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Na Admissão codificar ajudas técnicas de que o indivíduo era portador)</p> <p>A. ____ B. ____ C. ____ D. ____ E. ____ F. ____ G. ____</p> <p>ADMISSÃO ALTA</p>
<p>DOR</p> <p>47. Anote o nível mais alto indicado pelo doente durante o período de avaliação:</p> <p>ADMISSÃO ALTA Classifique de acordo com a escala abaixo-use números inteiros:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Moderada Aguda</p>	<p>52. Médico Assistente: ____</p> <p>53. Médico Codificador: ____</p> <p>54. Operador: ____</p>

Anexo 2: Folha de registo da MIF

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL MIF																																																																																																													
NIVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(ajuda técnica)		SEM AJUDA																																																																																																										
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo >=0%)		AJUDA																																																																																																										
<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">DATA</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 50%;"><u>Auto-Cuidados</u></th> <th style="text-align: center; width: 10%;">ADMIS.</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">ALTA</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">ACOMP.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Alimentação</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B. Higiene pessoal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C. Banho (Lavar Corpo)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D. Vestir metade superior</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E. Vestir metade inferior</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F. Utilização da sanita</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding-top: 10px;"><u>Controlo dos Esfíncteres</u></td> </tr> <tr> <td>G. Bexiga</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>H. Intestino</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding-top: 10px;"><u>Mobilidade</u></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Transferências:</td> </tr> <tr> <td>I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>J. Sanita</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>K. Banheira, Duche</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding-top: 10px;"><u>Locomoção</u></td> </tr> <tr> <td>L. Marcha / Cadeira de Rodas</td> <td style="text-align: center;">M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>M. Escadas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding-top: 10px;"><u>Comunicação</u></td> </tr> <tr> <td>N. Compreensão</td> <td style="text-align: center;">A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>O. Expressão</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding-top: 10px;"><u>Cognição Social</u></td> </tr> <tr> <td>P. Interação social</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Q. Resolução dos problemas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>R. Memória</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; padding-top: 10px;">TOTAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;">NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1</p>					<u>Auto-Cuidados</u>	ADMIS.	ALTA	ACOMP.	A. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. Banho (Lavar Corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Controlo dos Esfíncteres</u>				G. Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H. Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Mobilidade</u>				Transferências:				I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J. Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K. Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Locomoção</u>				L. Marcha / Cadeira de Rodas	M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	M. Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Comunicação</u>				N. Compreensão	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O. Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Cognição Social</u>				P. Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q. Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R. Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Auto-Cuidados</u>	ADMIS.	ALTA	ACOMP.																																																																																																										
A. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
B. Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
C. Banho (Lavar Corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
D. Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
E. Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
F. Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<u>Controlo dos Esfíncteres</u>																																																																																																													
G. Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
H. Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<u>Mobilidade</u>																																																																																																													
Transferências:																																																																																																													
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
J. Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
K. Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<u>Locomoção</u>																																																																																																													
L. Marcha / Cadeira de Rodas	M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>																																																																																																										
M. Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<u>Comunicação</u>																																																																																																													
N. Compreensão	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>																																																																																																										
O. Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<u>Cognição Social</u>																																																																																																													
P. Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
Q. Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
R. Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
TOTAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Copyright 1990 Research Foundation - State University of New York </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> JORGE LAÍNS SMFR/HUC SUDRM 91/4/15 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px; border: 1px solid black; padding: 2px;">COPIE LIVREMENTE - NÃO MODIFIQUE !</div>																																																																																																													